

INTRODUCCIÓN

El proceso evolutivo del ser humano es irreversible, cumplimos un ciclo perenne; nacer crecer reproducir y morir, nadie puede ni ha podido escapar a este designio, el más poderoso hombre cumplirá su función en este mundo y se convertirá en un anciano, en un viejo que solo se sentará a cosechar lo que ha hecho durante su vida, las diversas enfermedades que adquiriera serán parte del fruto de sus acciones en el mundo, si él fue un instrumento de cambio, su existencia en su madurez y vejez solo tendrá un deterioro normal de funciones para convertirse en un niño y así completar el círculo, llegar al sitio de donde partimos, a la nada, al todo, al alfa y al omega, la vejez no es más que el corredor, el puente entre lo posible y lo imposible, entre la vida y la muerte, esta etapa nos enseña como morir, estamos cada vez más cerca de lo definitivo, de lo único. En un caso cerca del inicio, en otro cerca del final.

Hoy que sentimos el poder de la juventud, todo es posible, nuestro trabajo tiene como objetivo construir un puente digno para los adultos mayores, donde sus capacidades sean reconocidas por todos en especial por la juventud, y esta acción sea un mensaje de permanencia y un ligero recuerdo de que todos caminamos hacia la luz.

El presente trabajo está constituido por seis capítulos, que se detallan de la siguiente manera: en el primero se realiza una introducción al tema, se exponen los objetivos que nos hemos planteado, revisamos los trabajos realizados sobre este tema. En el segundo capítulo se realiza un marco teórico en el cual se resumen varias enfermedades que afectan a los adultos mayores, se investigan centros de especialidad y centros de apoyo integral para los adultos mayores, se trata sobre las maneras de prevenir las diversas patologías propias de la edad. En el tercer capítulo se realiza un enfoque de la metodología científica que se ha utilizado para realizar esta investigación, se exponen las hipótesis, se analiza las variables. En el cuarto capítulo se analizan los resultados obtenidos en el trabajo,

se interpreta los resultados matemáticos dentro de una realidad social, en este capítulo constan los cuadros estadísticos para mejor comprensión de la investigación. El capítulo quinto contiene las conclusiones y recomendaciones. En el capítulo sexto se exponen las propuestas y alternativas con un estudio integrativo, formulándose nuevos objetivos, la ubicación contextual, la factibilidad del trabajo, se evalúa las diversas acciones antes, durante y después de la investigación, al final constan los apoyos bibliográficos y los diferentes anexos utilizados.

CAPITULO I

Antecedentes

En toda la vida buscamos trascender, somos moralistas, sabios críticos de la existencia de los demás, escogemos el amor y lo rechazamos a nuestra conveniencia, sin culpabilidad, usamos y somos usados por las personas y las circunstancias, todos toman algo de nosotros para su beneficio, y nosotros tomamos algo de los demás, cada uno somos integrantes del éxito de una sociedad, mientras sentimos el poder de la juventud somos invencibles, somos jueces de las debilidades de los demás, aprendemos a usar diferentes tipos de máscaras para conseguir lo que necesitamos, pero cuando vemos la primera cana en nuestra cabellera, cuando en el bello rostro aparecen señales del tiempo, arrugas y manchas, cuando la esbelta figura se distorsiona, cuando aparecen disfunciones en nuestro organismo, se escucha una alarma estruendosa que nos grita a voz en cuello que envejecemos, sentimos morir y que la vida nos ha puesto en un tobogán sin fin, que por más que gritemos para ser escuchados, nadie nos oirá. Cada día seremos más ignorados y poco a poco nos convertiremos en una carga, pero lo sorprendente de todo esto es que actuamos como si nunca nos fuera a pasar eso a nosotros y despreciamos a los viejos. Tenemos oportunidad para ser felices todo el tiempo de nuestra vida, pero en la juventud somos ciegos sordos y mudos, solo la madurez y la vejez nos obligan a recapitular, a mirar atrás, a sonreír, a tomar todo lo que nos produce felicidad, nos convertimos en sabios, y seremos admirados, aquí damos cátedra de la vida y entendiendo que ella no es eterna, sino más bien efímera y solo son segundos de felicidad en la existencia, solo son instantes mientras termina nuestra escuela y la vida nos toma la lección.

En muchos lugares los ancianos son venerados, pero en la sociedad occidental son considerados poco productivos, no existen trabajos para los adultos mayores, más bien los obligan a retirarse para que no represente un estorbo a la sociedad y a la juventud de turno. Esta vida es un simple círculo, si hoy somos niños, al girar seremos jóvenes y “sabios”, criticaremos a los viejos y los rechazamos en todas

sus ideas y necesidades, si sigue el círculo seremos viejos y habrá otro joven que nos critica a nosotros y sin saberlo completaremos el círculo con la muerte.

1.1. Formulación del problema y Justificación.

Hoy por hoy se observa en todos los medios de comunicación y en una realidad palpable, la organización de los adultos mayores y la participación de sus gremios en eventos de reclamo a sus derechos constitucionales, se ha observado cómo se desangran e hicieron huelgas de hambre en un pasado inmediato, sin ser escuchados; los jubilados del IESS organizados a nivel país, conociendo su realidad solicitan mejoras en la atención médica al igual que mejora de su salario de su jubilación, después de dar todo su potencial productivo y compartir con la seguridad social su dinero, se merecen vivir mejor.

Los dirigentes son convencidos por los gobiernos de turno que el cambio se dará de manera inmediata, pero la realidad se la ve en cada centro de salud de la seguridad social, los viejos son rechazados por los jóvenes durante el momento de hacer cola, a nadie le gusta que le pongan uno o dos viejos delante de ellos en la cola, si ellos llevan varias horas esperando.

Los adultos mayores asisten de 3 a 4 veces a las instituciones de salud, en busca de compañía, ellos se quedan en casa, solos, los familiares cumplen sus obligaciones y ellos empiezan a ser tratados como estorbos, como niños pequeños que necesitan ayuda y no pueden quedarse solos, tienen que llevarlos de un sitio a otro para que los encarguen hasta que los vayan a ver, hasta que terminen sus obligaciones, vuelven a ser los niños de 4 a 5 años, sin capacidad de decisión, negándoles el derecho a cuestionar las acciones que se les imponen, se los considera incapaces de sentir y de expresarse. Para evitar ser tratados así, acuden al hospital, en busca de alivio a la soledad. Al llegar al hospital buscan cuáles son los médicos menos ocupados y piden citas para ellos, sus dolores cambian cada día dependiendo del tiempo que necesitan para relacionarse con los demás ser

atendidos con respeto por su edad y por sus derechos como afiliados. Durante el tiempo de espera comparten con personas de su edad, se observa el flirteo entre parejas de la misma edad, se reúnen dos o tres adultos mayores y son don Juan, en potencia con las enfermeras y empleadas del centro de salud.

La asistencia de los adultos mayores sin enfermedades físicas colapsan los servicios de especialidades, acuden con mucha frecuencia, y varias veces con sintomatologías adquiridas fuera de la consulta, al escuchar a sus compañeros de tertulia durante el tiempo de espera, es frecuente la hipocondría, la necesidad de inventar síntomas para llamar la atención de los familiares.

No es conocido aunque se haya creado una atención especializada para el adulto mayor, siendo que la seguridad social está dada más para proteger a la familia y a la sociedad, actualmente los jubilados y adultos mayores en nuestro país, no tienen una atención médica que esté acorde con sus necesidades y sus afecciones permanentes, no existen profesionales especializados en esta área, es reducido el número de Geriatras en nuestro país, es considerada una especialidad poco productiva, porque en si el adulto mayor ya no produce y no puede solventar sus gastos. Dentro de los centros de especialidades de la seguridad social, no existe un médico especialista en geriatría, un psicólogo clínico especialista en geriatría, enfermeras especialistas en geriatría, no existen programas de trabajo intra hospitalario para este sector poblacional.

No es negocio, para la seguridad social, atender a los adultos mayores porque a mas que tienen que pagarles por no hacer nada, se enferman con frecuencia y exigen un gasto considerable para la institución, en medicinas, costos de atención de los diferentes especialistas, la hospitalización que es frecuente, no existe ningún programa que garantice que estén disponibles en cada centro cierto número de camas para los adultos mayores donde permanezcan por lo menos hasta que se recuperen de una afección de salud; se consideran un lastre una mala inversión de negocios.

De lo expuesto, se derivó el siguiente problema:

¿Cómo integrar una atención especializada para el adulto mayor y jubilado, dentro de los servicios que presta el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en la ciudad de Milagro provincia del Guayas?

A partir del mismo se derivaron los problemas subsiguientes:

No existe un programa para la ayuda oportuna y eficaz al adulto mayor mientras permanezca en la institución por tanto.

¿Cómo elaborar un programa de integración con profesionales médicos y paramédicos?

Existiendo el programa debemos partir del punto de vista que no todos pueden tratar un paciente adulto mayor, deben reunir condiciones de personalidad específicos.

¿Cómo seleccionar el personal adecuado para el desarrollo del programa de atención especializada?

Si no existe personal especializado en la atención médica integral adultos mayores, se hace necesaria la preparación previa de los profesionales que cumplirán estas funciones.

¿Cómo crear un programa de capacitación en geriatría y gerontología?

Teniendo el personal seleccionado y capacitado, y un programa desarrollado, donde se efectuará el trabajo, donde se atenderá a los pacientes adultos mayores, si no se dispone de lugares adecuados dentro del hospital, la construcción sería una obra demasiado demorada y cuestionada frecuentemente, con mucha

dificultad en el cumplimiento por los trámites de tipo burocrático interinstitucional.

¿Cómo adecuar un edificio de propiedad del IESS de Milagro para el funcionamiento de un centro especializado de atención integral a los adultos mayores?

JUSTIFICACIÓN

El trabajo se justifica por lo siguiente:

Al existir un elevado número de adultos mayores como jubilados en el Instituto de Seguridad Social, son una fuerza de influencia para las decisiones que se tomen a nivel de las autoridades locales, provinciales y nacionales, al no existir un programa de atención integral para estos pacientes es justo y necesario promover la implementación de una nueva especialidad para esta edad tan especial. Existiendo leyes constitucionales que los ampara para que tengan una vida digna con un servicio de salud oportuna, y más preventiva que curativa, tenemos los antecedentes que respaldan buscar una atención de salud adecuada, la ley de seguridad social.

En el Marco teórico se incluye un análisis y justificación de tipo legal de este trabajo, tomando en cuenta las leyes de Seguridad Social y la constitución vigente de nuestro país.

Siendo la ley constitucional soberana en ella se reconoce su excelencia para presentar servicios acorde con el aporte de toda su vida que recibe la humanidad, hemos tomado a esta edad como base de la sociedad, porque solo en la civilización occidental, el adulto mayor es desechado como un ser inútil para ser remplazado con personas sin experiencia hasta dentro de la misma familia pierde su estatus; en la civilización de Oriente, ellos son los que ocupan los puestos de decisión y planificación, tomando en cuenta la experiencia adquirida como la sabiduría más valiosa a lo largo de su vida, de la misma manera, son utilizados

para que transmitan sus conocimientos a través de la docencia en Universidades e instituciones, en fábricas y empresas de manera obligatoria, en un sentido de solidaridad por lo tanto que la sociedad le dio en conocimiento, devengar en experiencia para ayudar a las juventudes a llegar a metas más elevadas que las que llegaron sus mayores, consiguiendo así una superación en la civilización.

Textualmente se afirma en las leyes constitucionales; que los adultos deberían recibir atención prioritaria y especializada, pero no existe ni la infraestructura, ni la capacitación necesaria de los profesionales de la salud, ni motivación del parte del gobierno para que se prepararen los profesionales dentro de esta nueva especialidad, por estos factores que se analiza se justifica la elaboración de este trabajo de investigación.

Los derechos del ciudadano están plasmadas en las leyes de la constitución, y estas leyes están por sobre todas las leyes de la República. Pero ni el gobierno ni sus gobernados ponen en marcha la urgencia de cambiar el modo de percepción hacia los Adultos Mayores, todo queda en discursos y palabras hermosas en tiempo de campaña, para luego convertirse en elementos que detienen el progreso.

Con los derechos constitucionales de los adultos justificamos la necesidad de crear una atención de especialidad, una nueva especialidad que es la gerontología y la geriatría, pero no se quedara ahí la propuesta, se busca integral al programa de geriatría una actividad psicomotriz, sensorial, con psicoterapia individual y de grupo, tomando técnicas de tratamiento psicológico de punta, basados exclusivamente en el criterio básico que el adulto mayor es el centro de su propio mundo y con el reconocimiento de que su interior puede controlar su exterior a través de su pensamiento. Se orientará al adulto mayor en sicoterapia ocupacional, como elaboración de manualidades, pulseras, anillos, collares, vestidos tejidos, decoraciones diversas, elaboración de pasteles y bocaditos, belleza y maquillaje; asignación de funciones en base a las experiencias adquiridas durante toda su vida productiva.

Es justo y necesario formar en todos los centros de asistencia médica, una área geriátrica, donde la atención a este paciente no sea exclusivamente médico y clínico sino completa, se debe integrar un equipo interdisciplinario que esté constituido por un médico geriátrico, un psicólogo clínico especializado en geriatría, enfermera, trabajadora social, educadora para la salud, terapeuta ocupacional, terapeuta físico. La meta de todo este personal es el bienestar Psico físico del paciente, en esta edad existen muchos cambios internos, externos y psíquicos que deben mantener un equilibrio del adulto mayor en relación con la familia y la sociedad.

Si relacionamos a la familia de los adultos mayores, los incluimos en la psicoterapias y diversas actividades los beneficiarios de este proyecto no solo serán los adultos mayores sino también las familias de cada uno de ellos, porque podrán aprender una serie de técnicas para convivir de mejor manera con ellos y proveyendo una vida digna y equilibrada el resto de su vida, si aprendemos de otros países, podemos conseguir la inclusión de estos pacientes en actividades de diversa índole a nivel administrativo en especial en lugares donde ellos prestaron sus servicios, ellos necesitan seguir sintiéndose útiles para continuar su existencia, de lo contrario solo se sientan en un lugar con sol para poder mirar el momento que llegue por él la muerte. Si consiguiéramos incluir a los adultos mayores más capacitados podríamos aprender de ellos y lo beneficiarios seríamos todos los que tenemos la oportunidad de tener cerca de nosotros a nuestros padres, abuelos, etc.

Hoy el paciente de geriatría es tratado de manera individual, se trata la sintomatología física en forma aislada, a los trastornos psíquicos, y por la experiencia clínica diaria en el Hospital del IESS hemos comprobado que la mayor necesidad de este paciente es su bienestar psíquico. Las Afecciones son Psicósomáticas, ocasionadas por ansiedad, depresión, falta de aceptación de la disminución de las capacidades y en especial por la falta de afecto.

Diseñando, planificando, programando y ejecutando un área alterna de atención especializada en geriatría, y elaborando un programa integral se podrá solucionar el problema y sub problemas:

Falta de personal médico y paramédico especializado.

No existe un programa para la ayuda oportuna y eficaz.

Ausencia de personal profesional idóneo para el proyecto.

Crear un programa de capacitación en geriatría y gerontología.

Adecuar un edificio de propiedad del IESS de Milagro para el funcionamiento de un centro especializado de atención integral a los adultos mayores.

1.2. Objetivos.

1.2.1. Objetivo General.

1.2.1.1. Diseñar un programa de atención médica especializada e integral para el paciente adulto mayor y jubilado.

1.2.2. Objetivo Especifico

1.2.2.1. Conocer la Atención que recibe al Adulto Mayor y Jubilado en el Hospital del Seguro Social.

1.2.2.2. Determinar el tipo de conflictos y diversas patologías psicofísicas que presenten los adultos mayores y jubilados.

1.2.2.3. Elaborar un proyecto que permita diseñar, planificar un centro de atención integral para atención del adulto mayor y jubilado.

1.3. Revisión de trabajos anteriores.

No existen trabajos planteados ni en ejecución en el Hospital del IESS Milagro, ni en el cantón, ni en la provincia. Por tanto no se puede analizar trabajos anteriores, en el área del municipio existen grupos organizados de adultos mayores que reciben ayuda social, pero no son afiliados o jubilados del IESS.

Aun en la UNESCO no existen proyectos desarrollados para la atención de Adultos mayores dentro de la seguridad social, en nuestro País, son muy escasos municipios que han desarrollado un trabajo de investigación en esta área tan importante para la sociedad, pues ellos son los custodios del conocimiento en base a la experiencia vivida; la Municipalidad de Guayaquil, tiene en marcha un programa de apoyo integral a estos pacientes, así como también varias escuelas y facultades del país ya incluyen en sus estudios la medicina geriátrica.

El adulto mayor está abandonado, ningún joven se preocupa que pronto será otro adulto mayor ignorado, aislado en su misma familia, si este proyecto llegara a crear consciencia en la juventud tendríamos una ayuda muy importante, la unión de estas dos generaciones, para conseguir un fin común, produciría una sociedad más sabia donde se cometan menos errores, sería una vida digna para todos, si la sabiduría del adulto mayor se uniera con el ímpetu y la fuerza de cambio del adolescente, con su creatividad y rebeldía, se podría preparar mejor una futuro para los adultos...; es conocido por nosotros que estas dos generaciones tienen un apego, una interacción mayor, el nieto y el abuelo se identifican con mayor afectividad, y se obtendría resultados de desarrollo para el adolescente y afectividad y reconocimiento en el adulto mayor es necesario una modificación del pensamiento en cada uno de nosotros.

La relación intergeneracional que propongo sería un nuevo tema de investigación, e incluso un programa social de integración comunitaria, los adolescentes en convivencia con los adultos mayores, esta unión ayudaría al restablecimiento de cultura y fortalecerá lazos psico-afectivos, tan venidos a menos en esta sociedad capitalista y consumista.

Con este estudio se comprueba que no existe ningún estudio sobre una atención integral para el adulto mayor por tanto esta investigación es inédita.

1.4. Restricciones y alcances de la investigación.

En la aplicación del trabajo de campo los elementos seleccionados como muestra no participaron con seriedad, eficacia, pertinencia, ya que algunos se negaron a contestar por temor a ser castigados o sancionados por dar su opinión, los adultos mayores, por temor a que no les atiendan si dicen algo, no querían colaborar. Los directivos ofrecieron resistencia para proporcionar opinión, en la Unidad de Recursos Humanos, no se dio el permiso adecuado, no permite pedir colaboración a los profesionales dentro de su tiempo de trabajo, Varios Pacientes se negaron a colaborar con las encuestas por temor a represalias, no quieren opinar en contra del Hospital, afirman que si ya es malo el servicio ahora, después ha de ser peor, si se quejan ha de ser peor, pero a pesar de ello, los médicos rurales, tienen una participación muy meritoria, algunos médicos especialistas colaboraron en las encuestas y auguraron éxitos, reconociendo que los adultos mayores están olvidados, pese a las restricciones de los jefes de área y algunas autoridades hemos cumplido con las metas de investigación propuestas.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Análisis y justificación de tipo legal.

Tomando como base la Justificación del trabajo analicemos los derechos de orden legal que amparan a los adultos mayores ellos merecen atención especial y son los másdesprotegidos del todos los tiempos, pese a que existen leyes que los ampara, las instituciones y gobiernos no se fijan en los contenidos sociales y legales para encontrar una mejor calidad de vida para ellos, en lo referente a los Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria en el Art. 35.- ubica al adulto mayor como perteneciente al grupo de atención prioritaria y textualmente manifiesta:

Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

En la sección primera de la constitución de la república tenemos un tema exclusivo para adultas y adultos mayores en el 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 y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.*

En el Art. 37 el gobierno se compromete con los adultos mayores.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

- 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.*
- 2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.*
- 3. La jubilación universal.*
- 4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.*
- 5. Exenciones en el régimen tributario.*
- 6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.*
- 7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.*

2.2. Enfermedades que padecen los Adultos Mayores

En este tema se analizan las diversas enfermedades que padece el ser Humano en una edad de 65 años en adelante, se enfoca la ciencia y la especialidad que se encarga de su estudio sintomático y su tratamiento, se describe diversos tratamientos que nos ayudan a entender la necesidad de disponer en todos los centros asistenciales de salud una especialidad de geriatría, que nos ayude a disminuir la cantidad de adultos mayores que se dejan morir sin encontrar una adaptación adecuada al nuevo sistema económico y sistema de vida, que pierden el deseo de vivir por sentirse sin utilidad a la sociedad.

El estudio general de pacientes atendidos en el Hospital de IESS Milagro, muestran una prevalencia de diabetes mielitis, en su gran mayoría muestran esta patología que es seguida por enfermedades cardiopáticas; se presenta también enfermedades gastrointestinales, síndromes depresivos, Infecciones Vías Urinarias o Piolo nefritis. Intensificados todos estos disturbios en la salud con trastornos emocionales por falta de adaptación, ideas fijas de minusvalía, baja autoestima que somatizan enfermedades con diagnóstico y pronóstico poco favorables.

Las enfermedades de tipo psicósomática son ignoradas por la mayoría de los profesionales del Hospital, y son dados de alta sin existir un tratamiento oportuno, no escuchan a los adultos mayores y ellos buscan con frecuencia la ayuda de sus médicos, es muy frecuente observar que cada especialista tiene un grupo de adultos mayores que se convierten en sus admiradores permanentes y los visitan cada semana en ocasiones dos veces por semana.

2.2.1. Situación Actual

➤ *Análisis DAFO del Hospital del Instituto de Seguridad Social Milagro.*

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>Experiencia 32 años como prestadora de servicios de salud. La mayor infraestructura en Salud en el Ámbito Local. Capacidad resolutive para el manejo clínico-quirúrgico. Capacidad para desarrollar programas de educación continua. Recursos Económicos Financieros acorde con las necesidades. Infraestructura Física moderna. Talentos humanos capacitados y especializados. Tecnología moderna. De punta. Apoyo de la Sociedad y grupos organizados al cambio estructural. Decisión de Vitalizar los Recursos Económicos. Gran Demanda y Posibilidad de Crecimiento en el Sector Informal y comunitario Tecnología actual ofrece herramientas para el cambio. Desconcentración Administrativa y Financiera. Transparencia y Honestidad en los procesos de Adquisición, con veeduría de representación de afiliados. Convenios con M.S.P y las Universidades del país.</p>	<p>Jefe de Recursos Humanos partidista, sin capacidad resolutive. Temor al cambio en las autoridades de turno. La infraestructura está diseñada para adecuarse solo en base a las necesidades actuales de los pacientes. El equipo de talentos humanos especializado tiene alcances limitados en el tratamiento del adulto mayor. El presupuesto financiero es limitado para solventar nuevos proyectos. Los programas que se desarrollan limitan nuevas actividades en bien del usuario. Los proyectos nuevos excluyen la atención especializada a los adultos. La atención es poco personalizada y sin calidez. Falta comunicación interna en lo referente a decisiones gubernamentales. Dentro de los servicios que presta la medicina preventiva está en estudio.</p>

OPORTUNIDADES	AMENAZAS.
<p>Apoyo de la Sociedad y grupos organizados al cambio estructural.</p> <p>Decisión de Vitalizar los Recursos Económicos.</p> <p>Gran Demanda y Posibilidad de Crecimiento en el Sector Informal y comunitario</p> <p>Tecnología actual ofrece herramientas para el cambio.</p> <p>Desconcentración Administrativa y Financiera.</p> <p>Transparencia y Honestidad en los procesos de Adquisición, con veeduría de representación de afiliados.</p> <p>Convenios con M.S.P y las Universidades del país.</p>	<p>Inestabilidad socio política y económica.</p> <p>Inestabilidad Laboral.</p> <p>Contaminación Ambiental del sector o área de funcionamiento hospitalario.</p> <p>Ausencia de Capacitación en Salud y seguridad ocupacional</p> <p>El Comité de salud y seguridad ocupacional aún está en estudio</p> <p>El comité de Bioética esta desintegrado</p>

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

OBSERVACIONES
<p style="text-align: center;"><i>Estrategias F. O.</i></p> <p>Aprovechar el Liderazgo para fortalecer el cambio Organizacional.</p> <p>Mejorar las coberturas de los Afiliados.</p> <p>Difundir la decisión del Cambio Institucional, mayor comunicación entre los mandos medios y altos.</p> <p>Optimizar los recursos-económicos, considerando programas de capacitación al personal</p>
<p style="text-align: center;"><i>Estrategias F. A.</i></p> <p>Aprovechar la capacidad técnica de los profesionales para llegar a la comunidad urbano marginal, con medicina preventiva.</p> <p>Fortalecer programas de capacitación para eliminar la desmotivación.</p> <p>Ejercer Liderazgo Participativo para incorporar a los trabajadores en la Capacitación.</p> <p>Crear nuevos proyectos de Servicio a la comunidad de afiliados, adultos mayores y barrios periféricos.</p>

Estrategias D. A.

Fortalecer la fiscalización a través de auditorías internas para demostrar la transparencia administrativa y económica.

Incrementar planes y programas con la participación de usuarios internos para despejar dudas. Medicina preventiva a nivel comunitario

Determinar sistemas de monitoreo evaluación del desempeño laboral para mejorar la calidad de atención.

Elaborar normas de salud y seguridad ocupacional

Conformar el comité de salud y seguridad ocupacional.

Conformar el comité bio ético.

Crear manuales de procedimientos.

Estrategias D. O.

Consolidar el apoyo de la Sociedad Civil Organizada y de las Autoridades Centrales del IESS para implementar el cambio organizacional.

Aprovechar los recursos asignados para regular reingeniería de los procesos de atención incluyendo la capacitación de los talentos humanos para mejorar los servicios de calidad.

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

2.3. Marco Conceptual.

Cuando hablamos de Geriátría nos referimos a una rama de la medicina, es decir una especialidad médica como pudiera ser la Cardiología o la Pediatría. Tiene unas particularidades que la hacen hoy en día muy necesaria y atractiva, derivadas de lo que es su razón fundamental: el anciano.

La Geriátría debe atender al anciano tanto en situación de salud como de enfermedad. Debe prestar atención tanto a los aspectos clínicos presentes en sus enfermedades como a la prevención de las mismas. De forma especial y particular los aspectos sociales que pueden influir en la salud del anciano como son la soledad, el aislamiento, la dependencia..., deben formar parte del trabajo y actuación del médico geriatra.



2.3.1. Que es la geriatría.

La Geriatría es una especialidad joven, comparada con otras, aunque no tanto como pudiera parecer. El término geriatría se usa por primera vez a comienzos del siglo, en la literatura médica, para hacer referencia a las enfermedades que padecían los ancianos y sus tratamientos. Se comienza así a tener conciencia de esta particularidad.

Sin embargo la especialidad o mejor dicho la práctica geriátrica moderna, nace en los años 40 en el Reino Unido, gracias a la intuición de Marjorie Warren. Enfermera supervisora y posteriormente graduada en Medicina. Observó en las salas de crónicos de los hospitales donde trabajó, como existían muchos ancianos con enfermedades no diagnosticadas ni tratadas. Demostró cómo muchos de estos ancianos crónicos e inválidos, tras una correcta valoración y unos cuidados clínicos y de rehabilitación adecuada, obtenían grandes recuperaciones que les permitían integrarse de nuevo con su familia o en la comunidad.

Este proceso iniciado por la Dra. Warren culmina con la creación de la especialidad en el Reino Unido en 1946. En España, en contra de lo que pudiera parecer y de forma pionera, nace muy poco después la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología presidida por el profesor Beltrán Báguena. Cuenta en su fundación con los auspicios de grandes figuras de la medicina española como Marañón y Teófilo Hernando entre otros.

2.3.2. Un concepto más amplio: la Gerontología

La Geriatría se centra en los problemas médicos del anciano, de la forma que hemos descrito. Así mismo forma parte de un cuerpo científico más extenso y global que se denomina Gerontología.

Por Gerontología entendemos la ciencia que estudia los procesos de envejecimiento. No se limita al estudio del hombre sino que más bien es el estudio del envejecimiento en todos los seres vivos. Abarca muchas disciplinas que van desde la investigación básica o experimental que se pueda ocupar de los aspectos biológicos del envejecer, hasta aspectos psicológicos, sociológicos, sociales. También y como hemos dicho anteriormente incluye aspectos clínicos.

Existen por tanto muchos apellidos que acompañan al término Gerontología: biogerontología, gerontología social, geriatria... Todos estos aspectos han tenido un enorme desarrollo e interés en las últimas décadas tanto en la sociedad como en la comunidad científica. Las causas que han provocado este interés por el fenómeno del envejecimiento vienen a continuación.

2.3.3. Importancia de la Geriatría y la Gerontología.

El envejecimiento de la sociedad y los individuos.

La esperanza de vida al nacer en nuestro país, para un hombre sobrepasa ligeramente los 74 años y los 81 para la mujer, esto supone un número cada vez mayor de ancianos en los países desarrollados.

La exclusión y el ciclo de vida. Los niños y adolescentes son un grupo particularmente vulnerable.

“En el 2000, el 63% de los menores de 18 años de edad vivía en la pobreza. Los adultos mayores son también un grupo de riesgo. Según el último censo de población, el 9% de la población del país tiene más de 60 años en contraste con el 6% en 1990. Sus condiciones de vida están afectadas por el analfabetismo, la pobreza y la falta de seguridad social. Especial interés tienen los individuos que dentro de este grupo que superan los 80 años al requerir más atención médica y social. {1}¹

La esperanza de vida al nacer evolucionó desde 48,4 años en el periodo 1950-1955(47,19 para los hombres y 49,6 para las mujeres) a 74,2 años en el quinquenio 2000–2005 (71,3 y 77,2 para hombres y mujeres, respectivamente). La mortalidad masculina es siempre superior a la femenina, lo que hace que el envejecimiento de la población tenga como una de sus características un claro predominio femenino. {2}²

Así como aumentó la esperanza de vida al nacer, también lo hizo la esperanza de vida después de los 65 años, lo que refleja los avances médicos en el control y el tratamiento de enfermedades que afectan a las personas en estos tramos de edades.

Mayor importancia socioeconómica de los ancianos en la sociedad.

El envejecimiento de la población supone un nuevo escenario económico, cultural, social y asistencial. Es cierto que los ancianos consumen cada vez más recursos en visitas médicas, ocupación de camas hospitalarias, gastos farmacéuticos, etc... No obstante el uso que hacen de muchos de estos recursos parece ser más racional y adecuado que en la población joven.

La jubilación así mismo supone una disminución de ingresos en los mayores, en un momento en que son mayores sus necesidades sociales y sanitarias. Esta falta de recursos puede ser parte de sus problemas socio-familiares y sanitarios.

{1}¹www.elnuevoempresario.com publicado 8 de abril de 2009 Fuente Presidencia de la Republica

² {2}. **Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010** En Ecuador,

Los cambios sociales han supuesto pasar de núcleos familiares rurales de estructura patriarcal a familias nucleares urbanas, donde el papel del anciano está desplazado. Esto supone un riesgo de pérdida de lazos familiares y sociales que pueden llevar al anciano a situaciones de aislamiento, marginación y riesgo social. Interés de los médicos por conocer el proceso del envejecimiento y el modo de enfermar de los ancianos.

Cada vez es más necesario conocer cómo se produce el envejecimiento y cuáles son las consecuencias clínicas del mismo.

La vejez se acompaña de un mayor número de padecimientos que muchas veces coexisten a la vez. Además la expresión de las enfermedades en los ancianos es distinta. Así mismo existe una alta frecuencia de procesos degenerativos como deterioro cognitivo, enfermedades cardiovasculares, cáncer, limitaciones del aparato locomotor. Estos procesos degenerativos establecidos de forma crónica y perenne junto con la presencia de caídas, accidentes o alteraciones de los sentidos de la vista y oído llevan a un final común en muchos ancianos, que es la invalidez y la dependencia.

En el Ecuador la esperanza de vida al nacer es de 75 años. Estos son los datos que, para su gestión, maneja la dirección de Atención Integral al Adulto Mayor del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).

Agregó que en la actualidad el Ecuador experimenta cambios de conformación en su población y se encuentra en plena fase de transición demográfica. Ello se debe a factores como la tasa de crecimiento que es de 1,62 por familia, la tasa de fecundidad que ha descendido al 2,6 y el aumento del porcentaje de vida de los adultos mayores. En otras palabras, la estructura piramidal de la población se está deformando, a consecuencia del menor número de nacimientos y la mayor edad de las personas adultas mayores.

La funcionaria agregó que el envejecimiento y la vejez son procesos multisectoriales e interdisciplinarios, que requieren de políticas, objetivos y metas orientadas a la atención especializada de este segmento de la población ecuatoriana. Por eso, el ministerio de Inclusión Económica y Social, a través de la dirección de Atención Integral al Adulto Mayor, en el cumplimiento de su función de rectoría de las políticas públicas para la protección de las personas adultas mayores, inició un proceso participativo para la estructuración de la Agenda Social de Personas Adultas Mayores, que contribuirá a dar respuestas a los problemas esenciales de las personas adultas mayores. En este proceso, es fundamental, la participación de las instituciones públicas, privadas y las organizaciones de la sociedad civil, “señaló Gina García”.

Dicho documento servirá para preparar el terreno en el cual deberá desenvolverse la población del país, en donde se requerirá dar mayor atención integral a una mayor población adulta mayor, concluyo la funcionaria del MIES.{2}³

Hay que tener en cuenta sin embargo que envejecer no es lo mismo que enfermar y buenos ejemplos hay de ello en sujetos que consiguen "envejecer con éxito", es decir conseguir todas las metas anheladas, en el sentido físico y espiritual, con una adecuada forma de vida, con ejercicio constante, comida sana, evitando las grasas saturadas, de los alimentos fritos, evitar la comida chatarra; una vida emocional estable, un trabajo donde desarrolle sus capacidades físicas y mentales. Envejecer con éxito implica, estar sano al momento de la cosecha, al momento de la madurez, cuando las funciones laborales y productivas económicas cesen, estar sanos al momento de la jubilación, llegar aptos para disfrutar de su trabajo, de sus hijos y nietos, con su mente lúcida y sus facultades en perfecto estado, en la actualidad se observa como en la edad adulta, estos se dedican a viajar y conocer muchos lugares que planearon toda su vida. Pero se observa también que personas de 45 a 50 años están con diabetes, hipertensión cefaleas tensionantes,

{3} www.elnuevoempresario.com publicado 8 de abril de 2009 Fuente Presidencia de la Republica

artritis artrosis, arterioesclerosis, asfixias crónicas, ciática, lumbago, y un cúmulo de enfermedades que impiden a su pareja poder disfrutar de la vida que le queda, ellos no envejecieron con éxito; en países desarrollados donde se vive con ansiedad diaria el promedio de vida es más corto, por el consumo de grasas, en países desarrollados existe gran consumo de pollo, sin darse cuenta que esta fibra proteínica tiene grasa en su interior y produce la arterioesclerosis y los trombos frecuentes, los accidentes cerebro vasculares y más enfermedades concernientes a la circulación y su deterioro por falta de alimentación sana y ejercicio adecuado a cada edad.

2.3.3.1. Objetivos de la Geriatría.

- **Prevenir la enfermedad** vigilando la salud del anciano, tomando en cuenta todas sus funciones, tanto físicas como mentales, sin descuidar el desarrollo social y afectivo.
- **Evitar la dependencia.** Cuando aparece la enfermedad hay que evitar que evolucione hasta llegar a la cronicidad y en muchos casos a la invalidez. La invalidez en los adultos mayores se da por falta de atención especializada y por el cuidado personal de cada uno de los pacientes, por ellos la preparación sicoterapéutica para el desarrollo de su autoestima es de vital importancia para el adulto mayor.
- **Dar una asistencia integral.** Debe ocuparse de toda la problemática médica, funcional, mental, y social del anciano mediante una valoración geriátrica global, programada y exhaustiva con la colaboración.
- Multidisciplinar de otros profesionales integrados en un equipo con el médico geriatra.
- **Rehabilitar.** Debe intentar recuperar a los pacientes que han perdido su independencia física o social tratando de mantener al anciano en la comunidad.
- **Proporcionar un cuidado progresivo del anciano.** Desde el inicio de su enfermedad hasta completar la rehabilitación de este proceso y volver a su situación basal previa, el anciano puede tener diferentes necesidades de asistencia según el momento. Se debe responder a estas necesidades

contando con diferentes niveles asistenciales: el hospital, asistencia en el domicilio, unidades de rehabilitación o convalecencia, unidades de larga estancia o centros residenciales.

Para el manejo adecuado del paciente geriátrico es necesaria la presencia de estos niveles que ubiquen en el nivel adecuado y en el momento adecuado a cada paciente.



Adulto mayor atendido en su hogar por médico del IESS

2.3.3.2.- Instrumentos para cubrir sus objetivos, cuenta con una serie de recursos o instrumentos:

La Valoración Geriátrica Integral. Es la esencia de la Geriátrica. Es el proceso de diagnóstico en Geriátrica para establecer un plan de objetivos y cuidados en el anciano. Debe atender a todas las dimensiones que pueden influir en la salud del mismo:

Problemas médicos incluyendo aspectos de nutrición, estado de los órganos de los sentidos, salud bucodental, síndromes geriátricos, etc.

Evaluación de las capacidades funcionales.

Valoración mental, atendiendo a los problemas cognitivos y afectivos de los ancianos.

Valoración social, atendiendo a la situación y necesidades sociales del individuo.

Equipo multidisciplinario. Supone la integración de un equipo de varios profesionales: médico geriatra, enfermera, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo y asistente social. Deben trabajar de forma coordinada en torno al plan de objetivos y cuidados establecido para cada anciano.

Niveles asistenciales. Adaptados a las diferentes situaciones de enfermedad de los pacientes como se ha comentado.

2.3.4. Diabetes en el anciano

La Diabetes Mellitus en el anciano es un problema de gran trascendencia sanitaria justificada por su elevada prevalencia, las dificultades que puede plantear el diagnóstico y el tratamiento y la frecuente presencia de complicaciones. En Milagro esta patología es la de mayor incidencia y es necesario conocer su detalle.

2.3.4.1. Prevalencia:

Es conocido que la incidencia de Diabetes aumenta con la edad, y que existe un progresivo incremento en los índices de envejecimiento de la población, por lo que con el paso del tiempo nos iremos encontrando más anciano y más diabético. Se ha señalado una prevalencia del 10 % para la década de los 60-70 años, 12 % entre los 70 y 80 años, y 17 % por encima de los 80 años.

2.3.4.2. Formas clínicas:

Cuando hablamos de diabetes en el anciano nos estamos refiriendo a dos situaciones diferentes, consideración que va a tener cierta importancia desde el punto de vista terapéutico y de control metabólico:

La diabetes en el anciano: comprende a aquellas personas con diabetes, anteriormente conocidos y que franquean la edad de 65 años. Los avances en el tratamiento de la Diabetes han hecho que esto sea cada vez más frecuente. Comprende los nuevos diabéticos, aquellos en que la enfermedad aparece después de los 65 años.

Los criterios diagnósticos son los mismos preconizados por el NDDG y ratificados por la OMS para el adulto.

La forma de presentación de la enfermedad en la persona mayor de 65 años tiene una serie de peculiaridades que es preciso tener en cuenta. La diabetes que aparece en el anciano afecta generalmente al sexo femenino (60-70%), tal vez por el mayor promedio de vida de las mujeres y por la mayor concurrencia de factores diabetógenos. Suele ser una diabetes oligosintomática, de comienzo solapado y frecuentemente asociada a la obesidad. Aunque puede debutar a través de la triada clásica (las 3 P: Poliuria-Polidipsia- Polifagia) y con pérdida de peso, no es la forma habitual de presentación en la población anciana. Las formas más frecuentes de presentarse son las siguientes:

Descubrimiento ocasional en la práctica de una analítica rutinaria o motivada por alguna enfermedad intercurrente o previa a intervención quirúrgica. Es cada vez más frecuente el diagnóstico en el seno de los programas de atención a la patología cardiovascular, al realizar control analítico a personas con otros factores de riesgo, sobre todo hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad.

Presencia de sintomatología inespecífica pero que nos hace sospechar la alteración metabólica hidrocarbonada: astenia, prurito vulvar; presencia de complicaciones crónicas típicas de la Diabetes: microangiopatía: retinopatía macro vasculares: cardiopatía isquémica, accidentes cerebro vasculares, lesiones isquémicas periféricas, sobre todo en miembros inferiores, neuropatía: paresia ocular, polineuritis en MMII etc.

Aparición de complicaciones metabólicas agudas, sobre todo el coma hiperosmolar y con mucha menos frecuencia la cetoacidosis. No hay que olvidar que en ocasiones puede presentarse con episodios de hipoglucemia, por alteración en la secreción de insulina.

2.3.4.2. Plan de actuación

Las medidas para la atención del paciente anciano afectado de diabetes son en general las mismas que en el paciente joven, aunque con algunas peculiaridades que no debemos olvidar:

En los pacientes ancianos los esfuerzos encaminados a mantener los niveles de glucemia, y por ende el control metabólico, en cifras lo más cercanas posibles a la normalidad pasan a un lugar secundario, teniendo en cuenta la menor necesidad de prevenir complicaciones tardías dadas la menor expectativa de vida y el peligro de hipoglucemias en este grupo de edad.

Es imprescindible tener en cuenta los condicionantes físicos, psíquicos, familiares y sociales que tienen este grupo de personas. La entrevista clínica y el proceso de comunicación entre el paciente y el sanitario deben adaptarse a las características de estas personas para conseguir una correcta valoración de sus expectativas y para informarles de forma comprensible de su enfermedad. Los factores importantes a considerar para enfocar el tratamiento son:

- Expectativa y calidad de vida del paciente.

- Compromiso del paciente.
- Problemas económicos.
- Problemas de salud coexistentes.

El anciano presenta frecuentemente situaciones que dificultan la comunicación y el cumplimiento terapéutico: hipoacusia, disminución de la agudeza visual, pérdida de memoria, demencia, enlentecimiento psíquico, limitaciones para la movilidad.

La existencia de pluripatología y el estar sometidos frecuentemente a tratamientos múltiples que en ocasiones incidirán en el control metabólico, o dificultarán el cumplimiento, debe ser exhaustivamente investigada y tenida en cuenta.

Dificultades familiares y sociales que influirán en el control de su enfermedad: hábitos adquiridos muy arraigados en su comportamiento, aislamiento social, soledad, disponibilidad de servicios de apoyo.

2.3.4.2. Objetivos en el tratamiento integral:

Los objetivos del tratamiento en los pacientes ancianos tendrán que ser individualizados en las características personales, familiares y sociales del paciente. En general los objetivos globales en relación al control de la diabetes son los siguientes:

- Ausencia de síntomas de hiperglucemias.
- Evitar descompensaciones hiperglucémicas agudas.
- Prevenir en la medida de lo posible y tratar precozmente las complicaciones crónicas (retinopatía, pié diabético etc...)

Recomendaciones:

- ❖ En cuanto al control metabólico, en los pacientes diagnosticados previamente a los 65 años y que sobrepasan esta edad, debe seguir intentándose un control similar al pretendido antes de llegar a esa edad pero tratando de alejarse de las

cifras de hipoglucemia, por lo que se elevan algo las cifras ideales de glucemia. En los diabéticos diagnosticados después de los 65 años se suprimen las cifras de control ideal y se elevan las referencias de control aceptable y malo.

Reconocimiento	Ideal	Aceptable	Malo
Diagnostico después de los 65 años			
Glucemia en ayunas		125-200	>200
Glucemia 2 h. postprandial		125-250	>250
HbA1	<9	9-12	>12
HbA1c	<6.5	6.5-10	>10
BMI		26-28%	
Colesterol		<250	
T.A sistólica (mm Hg)		< 160	
T.A diastólica (mm Hg)		< 95	

Basándonos en estas orientaciones, el objetivo individual debe ser pactado con el paciente y/o cuidadores.

2.3.4.3. Tratamiento. Terapéutica:

Los pilares del tratamiento son comunes al resto de los diabéticos: Dieta, Ejercicio, Medicación y Educación Diabetológica.

El tratamiento se ve muy sencillo pero si nos ponemos a analizar el desgaste de los miembros de la familia tratando a un adulto mayor, observamos como el concepto de ayuda se torna en dificultad, los paseos y el resto de actividades se ven postergadas, pero... el propósito de este proyecto que se intenta poner en marcha en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en el Hospital de Milagro.

Adiestrar al personal médico y paramédico para la atención geriátrica, con técnicas en la selección de personal que integren los grupos de tratamiento, los diabéticos son solo un grupo de los varios que se pretende reunir.

Dieta.

constituye la parte fundamental del tratamiento y la mayor parte de ancianos con diabetes pueden controlarse sólo con dieta, en el centro de atención geriátrica que se propone se debe disponer de un nutricionista para que sea él quien determine el tipo de alimentación que debe ingerir, en forma programada, en el tiempo que permanezca en el centro de atención geriátrica integral, recibirá sus medicinas y su alimentación, insistiendo en la presencia de sus familiares para que participen en el tratamiento, a fin de lograr que los últimos días de su estancia en esta vida sea de gratificación y de reconocimiento de toda su labor en nuestras vidas.



Paciente Adulto Mayor Alimentada con dieta estricta.

Debemos tener en cuenta, que los ancianos tienen hábitos dietéticos muy arraigados a lo largo de su vida y que difícilmente vamos a poder modificar. La artrosis y otros problemas neurológicos y visuales puede limitarles el acceso a los alimentos más adecuados, y los factores económicos son también

muyimportantes. Además, muchos pacientes ancianos tienen alteraciones gustatorias, olfatorias o visuales, que puede dificultarles la degustación de los alimentos.

La paciencia y perseverancia en la educación nutricional, y la ayuda de los cuidadores, por ello la participación de los familiares pueden fortalecer el ámbito psico-social, el factor emocional es determinante para la recuperación del paciente geriátrico, son niños grandes, que lo único que necesitan con exigencia es cariño, atención y mucho respeto, pueden ser fundamentales a la hora de conseguir los objetivos.

Como regla básica suele bastar con evitar los azúcares simples, que por su absorción rápida producen hiperglucemias bruscas, restringir las grasas animales ricas en ácidos grasos saturados y aconsejar un adecuado aporte de fibra vegetal. Es importante el reparto en 5 tomas al día (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena).

Debemos hacer hincapié en utilizar una alimentación variada, aconsejando evitar las dietas monótonas que frecuentemente realizan los ancianos por motivos físicos, familiares o sociales y que suelen conducir a hipoglucemias, carencias vitamínicas y minerales.

La idea central de desarrollar una unidad especial de geriatría en la ciudad de Milagro, es integrar a todos los ancianos, y sus parejas, con la formación de un grupo de pacientes jubilados, que han sido analizados no solo por su fisiopatología orgánica sino también por la falta afectividad.

La condición más importante para trabajar con este tipo de paciente es el alto grado de humanidad, empatía, si el personal de salud es seleccionado, quienes trabajarán con los adultos mayores debe ser mucho más estricto, porque con el afecto se obtendrá un equilibrio y mejoría en sus conflictos.

La directora de Atención Integral al Adulto Mayor del MIES, Gina García, precisó que la esperanza de vida ha aumentado en comparación con los años 1985-1990, en donde fue de 67,5 años. Aclaró que el aumento de la esperanza de vida se relaciona con la calidad de vida que ha llevado la persona en años anteriores: El tipo de alimentación, las condiciones de salud integral e incluso la influencia del contexto familiar. {3}⁴

Ejercicio físico.

Aconsejaremos un ejercicio físico regular y adaptado a las posibilidades de cada paciente. Junto con la dieta debe formar parte del primer eslabón terapéutico en la mayoría de los pacientes. El ejercicio físico incide en el control, no solo de la tolerancia hidrocabonada sino en otros factores de riesgo cardiovascular como la dislipemia y la hipertensión arterial, disminuyendo por otra parte la pérdida de masa ósea y muscular, mejora la circulación venosa en MMII y permite mantener el mayor tiempo posible el grado de autonomía suficiente, incrementando la sensación de bienestar físico y psíquico.

Los ejercicios en hidroterapia, alivian y mejoran las capacidades cardíacas del paciente, los ejercicios que se efectuarán en piscinas bajas de aproximadamente 1.50 m. mejoran el ritmo respiratorio y desarrollo muscular, alivio sintomático de reumas y lesiones en la columna vertebral, esta terapia no solo ayudará al diabético sino a todos los integrantes de este grupo especial de adultos mayores.

La gimnasia psicofísica que se viene desarrollando en el área de salud mental en las Psicoterapias grupales, estimulan la movilidad y mejoran las condiciones físicas y emocionales de los pacientes, incluso se ha manifestado un incremento en su libido sexual, muy necesaria para la aceptación y autoestima del adulto mayor.

La afectividad y el deseo sexual no desaparecen en ninguna edad, y la sexualidad está con nosotros hasta el último día de nuestras vidas.

⁴{3}. www.elnuevoempresario.com publicado 8 de abril de 2009 Fuente Presidencia de la Republica

Factores a tener en cuenta para la ejercitación:

1. El riesgo de hipoglucemia debe minimizarse
2. La selección de calzado adecuado. Frecuentemente el paciente anciano tiene pies de riesgo, por lo que no debemos olvidar las medidas encaminadas a evitar lesiones en el pie.
3. La intensidad del ejercicio debe estar en relación con las condiciones físicas del paciente. Dada la alta incidencia de cardiopatía isquémica clínicamente silenciosa en la población diabética de edad avanzada, deben desaconsejarse ejercicios intensos, o realizar pruebas de esfuerzo y entrenamiento progresivo bajo supervisión cuidadosa.
 - Hipoglucemiantes orales
 - Insulina

Además de en los excepcionales, pero posibles, casos de DM1, puede ser necesaria en algunos pacientes con DM2 por diversas circunstancias:

Psicoterapia para el Paciente diabético

Se analizó en ocasiones anteriores que uno de los factores de mayor incidencia como origen o principio etiológico de esta patología y su agravamiento, es la falta de afecto, la disminución de su autoestima por actores socio económicos, y se ha descuidado por muchos años el equilibrio físico y mental del adulto mayor, por tanto en trabajo de meditación en psicoterapia, se incrementará en este centro con el propósito de disminuir los factores emocionales para la producción de la diabetes.

La hipoglucemia en el anciano, aún sin llegar al estado de coma hipoglucémico, puede acarrear consecuencias graves tanto cardiovasculares como cerebro vasculares. En este sentido es esencial tener en cuenta que podemos considerar hipoglucemias no sólo las cifras bajas de glucemia plasmática, sino también el descenso rápido de glucemias de niveles altos a niveles habitualmente considerados normales. Aunque pueden existir otras causas, la inmensa mayoría

de las hipoglucemias en el anciano están ligadas a la utilización de Hipoglucemiantes orales.

2.3.4.5. Medicina Preventiva.

Juega un papel esencial en el tratamiento del paciente diabético, pues es la única arma que tenemos para mejorar el cumplimiento terapéutico y la implicación del paciente en su tratamiento, y con ello el control metabólico.

El objetivo será proporcionar la máxima información asimilable por cada paciente y conseguir los cambios en los hábitos de vida saludables que ayuden al control terapéutico.

Es de enorme importancia tener en cuenta las limitaciones físicas y psíquicas que presentan los ancianos para establecer una correcta comunicación entre el sanitario y el paciente, principio básico para cualquier intento de educación para la salud o de entrevista motivacional en estas personas.

En la persona mayor reviste aún más importancia contar con la colaboración de la familia y, en caso de estar impedido, con sus cuidadores habituales para conseguir una expectativa de éxito en los cambios a introducir. Por ello es imprescindible contar con la asistencia de la familia y negociar con ella para obtener resultados favorables.

La información que se proporcione va a depender de la calidad y expectativas de vida de cada paciente. En términos generales los contenidos de cualquier programa de educación Diabetológica serán:

Conocimientos generales sobre la Diabetes (qué es la diabetes, síntoma...)

- Nociones sobre la dieta y el ejercicio recomendables.
- Tratamiento farmacológico.
- Técnicas de inyección de insulina y autoanálisis.

- Complicaciones agudas (reconocimientos de hipoglucemia y descompensaciones hiperglucémicas).
- Situaciones intercurrentes: cómo actuar
- Normas de higiene de piel, boca y cuidados de pies.

La Educación para la Salud puede hacerse integrada en la propia consulta médica y de enfermería, pudiendo ser útil organizar grupos para algunos temas como pueden ser la dieta, enseñanza de técnicas ... Es importante un refuerzo periódico, para conseguir que la información quede bien asimilada y para facilitar la motivación y cambio de actitud.

2.3.5. Enfermedades Sociales en el adulto.

La asociación entre envejecimiento y depresión ha despertado gran interés en las pasadas décadas. En todo el mundo se han llevado a cabo estudios de prevalencia de tipo poblacional. Sin embargo, cuando se considera en función de la forma en que los investigadores han definido e interpretado operativamente la depresión, debido a la existencia de diferentes metodologías, los resultados de estos estudios siguen siendo difíciles de interpretar.

La depresión en ancianos es considerada como un problema de gran magnitud para la salud pública. La prevalencia de depresión es variable y se sitúa alrededor del 10 al 15% a nivel mundial en la población adulta, con una prevalencia puntual del 10%.

Algunos autores sostienen que los eventos vitales (cambio de residencia, enfermedad grave, divorcio o separación, pérdida del trabajo, retiro o jubilación, muerte de un familiar cercano o amigo, secuestro de un familiar o amigo) que se definen como cualquier incidente que ocurre en el ambiente externo de la persona estarían explicando la alta prevalencia de depresión en los países pobres. Otro factor que se suma a la inseguridad vivida por la violencia y la soledad, los cuales estén, muy probablemente, relacionados con el suicidio.

2.3.5.1. Depresión en el adulto mayor.

La depresión es un trastorno común y tratable. En un periodo de 6 meses, 9,4 millones de americanos sufren de esta enfermedad. Una de cada cuatro mujeres y uno de cada 10 hombres es probable que desarrollen depresión durante su vida. Del 80 al 90 por ciento de quienes la sufren pueden ser efectivamente tratados y casi todos los que reciben el tratamiento presentan algún beneficio. Aunque los médicos generales identifican una cantidad importante de la morbilidad psiquiátrica, en el 50% de los pacientes no se detecta esta patología; se detecta de forma adicional un 10% de este grupo y la mitad del 40% restante sigue sin identificarse, por lo que puede desarrollar una depresión crónica. Por lo tanto es necesario disponer de estudios con pruebas diagnósticas que permitan evaluar y discriminar dichos instrumentos de acuerdo a la prevalencia del evento, costo, facilidad de aplicación y su aceptación a medir.

La primera *Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas* realizada en Colombia, concluyó que las mujeres presentan mayor afectación que los hombres, (10,3% de los hombres presentaron depresión leve, 3,4% depresión moderada y 0,6% de tipo severa y con respecto a las mujeres el 14,7% se clasificaron como depresivas leves, el 5,3% depresión moderada y 1,3% depresión severa) siendo muy frecuente la depresión en grupos de edad mayores de 45 años afectándose con mayor severidad los ancianos de estrato socioeconómico bajo - bajo y medio bajo.

Esta investigación se realizó con las personas mayores vinculadas a grupos de socialización de la tercera edad (*ASOVICHE, ANDA, RENACER*) comparándolas con la población de vecinos no pertenecientes a ninguna institución o centro de atención geriátrica. Hasta donde se conoce, este es el primer estudio que aborda esta temática en el área epidemiológica y socio sanitaria. Por lo tanto la información generada permitiría a los gestores locales de salud, realizar ajustes en la planificación sectorial de la atención geriátrica, un manejo mejor de esta

problemática y la sustentabilidad de estos programas sociales para esta franja de población.

Los objetivos de este trabajo son determinar el papel que juegan los grupos de socialización como factor protector para la depresión en personas ancianas; determinar otros factores socioculturales asociados a la depresión en ancianos; estimar la prevalencia de depresión y concordancia de las pruebas de cribado para depresión.

2.3.6. Hipertensión arterial

En los adultos mayores es necesario tratar la hipertensión, porque es un factor de riesgo de sufrir problemas cardiovasculares, debido diversos factores, pero en su mayoría son situaciones reactivas ante estímulos de tipo afectivo, relacionados siempre con una susceptibilidad y ambivalencia afectiva permanente y porque su tratamiento disminuye el riesgo de sufrirlos.

2.3.6.1. Acciones Preventivas

- No es fácil, ya que requiere una evaluación previa exhaustiva.
- Se han demostrado claramente los beneficios del tratamiento de la hipertensión arterial en las personas mayores, al menos hasta los 85 años. Más aún, el objetivo del tratamiento de esta enfermedad en los mayores es el mismo que en los jóvenes: conseguir una presión arterial menor de 140/90 mmHg. Con ello se alcanzan los máximos beneficios del tratamiento.
- En algunos pacientes, por contadas razones, puede ser razonable un objetivo intermedio de que la tensión sistólica no supere los 160 mm.Hg. Como en todos los tratamientos y en todas las enfermedades, es necesario considerar siempre los riesgos y beneficios del tratamiento para cada persona en concreto.
- Sucede que en determinados pacientes mayores el riesgo del tratamiento (por sus efectos secundarios o la capacidad de descompensar otras enfermedades

crónicas, por ejemplo) puede ser superior al beneficio esperado (por ejemplo por una esperanza de vida corta por razón de edad o patología).

- Además, existen aspectos relacionados con la calidad de vida que tienen un carácter diferente en el mayor que en el individuo laboralmente activo, y las diferencias individuales en el riesgo y el efecto del tratamiento son mucho mayores en los ancianos.
- El tratamiento de la hipertensión en las personas mayores es obligado, pero no resulta fácil. No existe, por tanto, una norma única a aplicar a todos los pacientes. Es preciso valorar previamente, como mínimo, las enfermedades asociadas, todos los fármacos que utiliza, la función física y mental y la presencia de síndromes geriátricos.
- Además se debe revisar antes la situación de los órganos que se afectan con más frecuencia con esta enfermedad como el corazón, el riñón, el cerebro, la retina y las arterias de las piernas.
- Para decidir si tratar o no y elegir el tratamiento más oportuno es preciso además conocer si esa persona tiene enfermedades asociadas como incontinencia, propensión a las caídas, alteraciones mentales o depresión.

2.3.6.2. El tratamiento más adecuado.

- Es difícil convencer a alguien de que debe tomar un tratamiento, a veces molesto, para una enfermedad que no produce día a día síntomas ni molestias.
- Lo primero, mentalizarse. El primer paso del tratamiento es que el afectado comprenda que la hipertensión le puede causar muchos problemas y discapacidades a medio plazo, y que el tratamiento reduce la posibilidad de que esto suceda.
- Dieta sin sal. La dieta y la pérdida de peso pueden ser el único tratamiento necesario en la hipertensión leve. La dieta debe ser sin sal o con poca sal. Hay que tener cuidado con los productos enlatados, precocinados y los extractos de caldo, porque contienen sal.
- La restricción del consumo de alcohol también es necesaria.

- Más ejercicio físico. El ejercicio y el control de la ansiedad, aunque no han demostrado servir como único tratamiento, influyen en el bienestar físico y en el grado de cumplimiento de los demás tratamientos.
- Medicamentos. En muchos casos es necesario usar medicamentos para bajar la presión a los límites normales.
- Dada la variabilidad entre las personas, es imprescindible a esta edad individualizar el tratamiento.
- El médico deberá elegir el mejor fármaco, considerando todos los aspectos de esa persona, y muy especialmente la calidad de vida.
- El número de medicamentos antihipertensivos eficaces y seguros es enorme y no deja de crecer. Es excepcional no poder controlar la presión arterial con medicamentos hoy día.
- En las personas mayores se debe empezar con la mitad de la dosis mínima recomendada, subir lentamente la dosis y vigilar estrechamente los efectos secundarios.
- Es importante no olvidar las interacciones del antihipertensivo con otros fármacos y con otras enfermedades.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS GERIÁTRICOS

Si bien es cierto que en nuestro país, no existe una atención especializada para el adulto mayor, se ha considerado de alta importancia, exponer los tipos de servicios prestados en otros países, y las experiencias que se han dado para aprender de ellos, porque de todas maneras debemos partir de un ejemplo u objetivo como ideal, para perfeccionar o adjuntar nuestra idiosincrasia.

Expongo un breve estudio realizado en un centro de atención español, donde se observará las características del personal, equipo y espacio físico considero importante que el mejor ejemplo es la preparación psicológica de los participantes en el proyecto.

❖ **Análisis físico de sus instalaciones.**

- ❖ Todas las residencias de Amma son diseñadas con el objetivo de crear espacios confortables y ambientes cálidos donde las personas mayores se sientan a gusto y en los que, además, se pueda ofrecer una asistencia individual y personalizada de la máxima calidad.
- ❖ Con el fin de que la arquitectura facilite la vida diaria a sus residentes, Amma apuesta por edificios de nueva construcción. Excepcionalmente puede adecuar espacios ya existentes, de acuerdo con indicadores de calidad previamente fijados. Los centros, dotados con las más modernas infraestructuras y equipamientos, se estructuran en unidades de convivencia donde residen personas con un estado de salud similar.
- ❖ En la práctica, estas unidades funcionan autónomamente, como pequeñas residencias en las que poder realizar un seguimiento individualizado por parte de la plantilla profesional. En la mayoría de los centros hay una unidad específica de Alzheimer y otras demencias severas.
- ❖ Las residencias cuentan de media con al menos el 60% de las habitaciones individuales y baño geriátrico adaptado en cada una de ellas, con un mínimo de 50 metros cuadrados globales construidos por residente. Además, cuentan con amplias zonas de jardines y con servicios como biblioteca, cafetería, capilla, lavandería, salón de actos, gimnasio, podología, peluquería, salas de estar, salones de actos... con las comodidades de casa o de un hotel.

Modelo de trabajo

En este centro de atención se trabaja siguiendo un modelo socio-sanitario propio, diseñado por personas con reconocido prestigio en los campos de la geriatría y la gerontología, por tanto es un trabajo digno de imitar en nuestro país.

La existencia de este modelo asistencial común a todos sus centros es una de las grandes ventajas competitivas, lo que ha hecho que la marca Amma sea reconocida como garantía de calidad asistencial, excelencia en la gestión y en la atención, máxima satisfacción entre las personas usuarias y sus familias y compromiso con la innovación y la investigación para prestar servicios únicos y personalizados.

Desde el momento en el que una persona solicita los servicios de Amma, el equipo asistencial examina su estado de salud y establece un Plan de Atención Individualizada (PAI), que se revisa periódicamente, y que incluye:

1. Tratamiento médico de las diferentes especialidades, con mayor permanencia el médico geriátrico.
2. Dieta.
3. Rehabilitación física,
4. Atención psicológica,
5. Estimulación cognitiva
6. Actividades de tiempo libre.

Desde su nacimiento, Amma inspira toda su labor en tres principios éticos fundados en valores humanos: respeto a la intimidad y a los derechos de cada persona, consideración de su dignidad, de su independencia y de su capacidad de elección, y autonomía en todos los ámbitos y favorecimiento de su plena realización.

La integración de servicios de psicología y psicoterapia, al igual de la actividades de tiempo libre constituyen una aporte para el bienestar integral del adulto mayor, si en la parte psicológica se realizan psicoterapias individuales y de grupo se cumple con una atención integral como la que se pretenda crear en nuestro país, la diferencia radicaría en que serían pocos los adultos mayores que permanecerían en el hospital. De un inicio por la adaptación, se la debe realizar progresivamente, al igual que un niño.

El trato dispensado a las personas es extremadamente cuidadoso, respetando su singularidad. Esta filosofía se refleja tanto en la concepción de los servicios asistenciales como en el diseño arquitectónico de sus centros o en el funcionamiento de los mismos.

Las construcciones son bajas, con pasamanos en su mayor parte para facilitar el movimiento, el uso de sillas de ruedas se restringe para caso de gravedad, deben realizar ejercicios diarios, el sedentarismo podría producir alteraciones en otras áreas del organismo, incluso en el incremento de un deterioro mental.

El modelo Amma se caracteriza también por contar de forma muy estrecha con las familias en el proceso de atención, así como por diseñar centros abiertos a la participación de personas no residentes, lo que permite que las residencias Amma estén abiertas a la sociedad y a su entorno más cercano.

Analizando el tipo de servicios, observamos que es un modelo ideal para nuestras necesidades como futuros adultos mayores, en este programa la participación familiar permite al paciente mantenerlo integrado a su medio psicosocial, en el centro recibe estimulación necesaria propia de su edad, sin presentar carga absolutamente para nadie.

Listado de servicios

En los centros Amma se cuidan todos los detalles para ofrecer una atención de la Máxima calidad a sus residentes y también a sus familias. Por ello, nuestro modelo incluye servicios residenciales y diurnos. Además, nuestros centros incluyen una amplia cartera de servicios para que las personas mayores encuentren todas las comodidades y las atenciones que precisan.

Servicios residenciales.

Estancias permanentes en residencias o apartamentos tutelados.

Estancias temporales (respiro para familiares, convalecencia y rehabilitación...

Servicios diurnos.

Plazas de centro de día.

Estancias diurnas.

Asistencia sanitaria.

Valoración geriátrica integral.

Servicio médico.

Servicio de enfermería.

Unidades de memoria.

Unidades de Alzheimer.

Psicología.

Fisioterapia y rehabilitación.

Podología.

Estimulación cognitiva.

Farmacia.

Servicios generales

Limpieza.

Lavandería.

Servicio de comidas.

Recepción.

Mantenimiento.

Tanatorio.

Servicios de confortabilidad y de ocio

Aulas de formación.

Peluquería.

Servicio religioso.

Cafetería.

Biblioteca.

Comedor social para celebraciones familiares.

Trabajo social.

Aparcamiento para visitantes.

Salón de actos.
Salas de estar.
Gimnasio.
Zonas verdes.
Parques infantiles.
Terapia ocupacional.
Animación socio-cultural.

En estos centros se provee cuidados a las personas mayores y dependientes y se ofrece un trato personalizado para atender sus necesidades. Como su principal objetivo, porque son conscientes de que este trabajo se basa en lograr satisfacción y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

La media de edad de quienes residen en estos centros de atención se sitúa en los 83 años, un dato acorde con la, cada vez mayor, esperanza de vida que tiene la población española. Las edades van desde los 60 años hasta los más de 110. De hecho, son ya muchos, y sobre todo muchas, quienes superan la centena.

Por sexos, la edad media de nuestros residentes varones se sitúa en los 81,4 años, mientras que las mujeres alcanzan los 84,2. Y de nuestro perfil de residentes destaca también la mayor proporción de mujeres, que representan el 73 por ciento del total frente al 27 por ciento de los hombres.

TRABAJO CON LAS FAMILIAS

En Ammase trabaja en estrecho contacto con las familias, al entender que son parte fundamental del proceso asistencial, Por este motivo, se mantienen con ellas comunicaciones periódicas, informándolas del estado y evolución de sus familiares así como de los objetivos terapéuticos que se marca el equipo del centro.

Por otro lado, se facilita también formación específica a las familias y en los centros existen amplios horarios de visita para que puedan acompañar y compartir con su familiar la vida en el centro. Además, las residencias disponen de espacios privados para celebraciones familiares y también de áreas infantiles para que las personas mayores puedan disfrutar con sus nietas y nietos, aspectos en los que Amma fue pionero y que con el tiempo han incorporado otras empresas del sector.

Muchos de los centros Amma organizan también de forma periódica encuentros intergeneracionales, en los que mayores y niñas y niños conviven durante varios días en la propia residencia realizando numerosas actividades juntos, como juegos y concursos, talleres de manualidades, excursiones, competiciones deportivas y representaciones teatrales. Según las personas expertas en gerontología, este tipo de iniciativas son muy positivas para ambas partes y constituyen también una actividad muy enriquecedora ya que les permite conocer mejor a sus abuelas y abuelos y modificar los estereotipos que se asocian a la tercera edad. En definitiva, el hecho de acercar a dos generaciones alejadas en el tiempo, mientras se disfruta de unos días de vida en común, reporta beneficios a quienes participan en estas iniciativas.

Por último, en Amma damos también mucha importancia a conocer la percepción de las personas usuarias y de sus familias sobre la atención prestada y por eso realizamos periódicamente encuestas de satisfacción.

Profesionales.

La calidad técnica y humana del equipo de trabajo de estos centros determina el éxito de un centro asistencial. Por ello, se pone especial cuidado no sólo en seleccionar a profesionales con experiencia sino también en actualizar sus conocimientos y aplicar medidas de conciliación de su vida laboral y familiar. Y todo ello porque deben ser conscientes de que la mayor garantía para la satisfacción de sus clientes está en la motivación de sus profesionales.

Los equipos que trabajan en cada uno de los centros de Amma están formados por personas expertas de numerosos ámbitos para que la atención prestada a residentes y familiares sea lo más completa posible: medicina, enfermería, atención directa, psicología, fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social y animación socio-cultural, entre otros.

Los profesionales que laboran en esta institución reciben capacitación permanente, en cada una de las funciones que son asignadas dentro de este centro de apoyo integral, tomando en cuenta la relación terapéutica que cumplen en cada uno de los pacientes, ellos deben estar preparados para solucionar problemas de todo tipo en sus pacientes.

Compromiso social.

Los centros de asistencia geriátrica cumplen un apoyo a los centros de atención médica de la seguridad nacional de España. En este campo, y además de su compromiso con la investigación, Amma desarrolla actuaciones en las siguientes áreas:

Compromiso con el medio ambiente y la sostenibilidad: a través de políticas de uso eficiente de la energía (consumo de agua y de electricidad); labores de concienciación a personal, familiares y residentes; instalación de placas solares y acumuladores de agua; reducción de las emisiones de CO2 y de consumo energético del soporte informático de la compañía...

Compromiso con las personas desfavorecidas y discapacitadas: a través de colaboración con entidades públicas, ONGs, fundaciones y asociaciones benéficas; donación de material geriátrico a países en vías de desarrollo; merchandising responsable; colaboración en actividades solidarias...

Compromiso con sus profesionales: a través de políticas activas de conciliación de la vida laboral y personal; planes de igualdad y de multiculturalidad; prevención de riesgos laborales; planes de formación...

Compromiso con actividades culturales y educativas: a través de colaboración con organismos públicos y privados en la organización y patrocinio de exposiciones, congresos, conferencias, publicaciones, competiciones deportivas.

2.4. Términos de uso frecuente.

PSICOTERAPIA. Tratamiento psicológico que consiste en la reformulación de conceptos.

GERIATRÍA. Especialidad que trata las enfermedades de los ancianos.

ALCOHOLISMO. Conjunto de perturbación física y psíquica causada por un progresivo estado de dependencia respecto al alcohol.

AISLAMIENTO. Mecanismo muy característico de la neurosis.

AGRESIVIDAD. Estado de conducta que manifiesta irritación, cólera, molestia y descarga emotiva.

AGNOSIA. Pérdida de la capacidad de reconocer sensorialmente los objetos del entorno percibidos por los órganos.

AMBIVALENCIA. Existencia de sentimientos contrarios de amor y odio hacia una misma persona.

ASFIXIA: Supresión respiratoria

ANGUSTIA: Temor morboso ante un peligro imaginario; estado afectivo, exacerbado en los psicópatas; combinación de disgusto y tensión interna; sensación de inquietud y espera y sucesos dolorosos.

ABSCESO: Colección limitada de pus.

ABERRANTE: Desviado de curso o situación normal

ACROMEGALIA: Enfermedad crónica caracterizada por el aumento de volumen de los huesos y parte blanda de la cara, manos y pies debido a la disfunción hipofisaria.

ADENOMA: Tumor epitelial benigno, generalmente tejido semejante a una glándula.

AEROFAGIA: Deglución voluntaria o no de aire

ALOGÍA: Imposibilidad de hablar.

AFONIA: Pérdida o disminución de la voz por causa local.

CATARSIS. Acción mediante la cual se libera los actos reprimidos.

AGNOSIA: Pérdida de la facultad de transformar las sensaciones simples en Percepciones por los cual no se reconocen las personas u objetos.

ALOPECIA: Deficiencia anormal del cabello.

ANEURISMA. Arteria crecida.

ANOREXIA: Falta de apetito, trastorno alimenticio

ANOREXIA NERVIOSA, trastorno apetito, ansiedad

APNEA sin respiración, sin aire

APOPLEJÍA, sin movimiento de las extremidades

ARRITMIA. Sin ritmo cardíaco, o respiratorio

ARTERIOESCLEROSIS, endurecimiento de las arterias

ARTROSIS, deformación de los huesos.

ATROFIA: Disminución del volumen y peso de un órgano

AUTISMO: Fenómeno psicopatológico caracterizado por la tendencia desinteresarse del mundo externo.

ATAXIA: Falta de coordinación, especialmente de los movimientos musculares, sin debilidad o espasmos de estos.

ATAXOFEMIA: Falta de coordinación de los músculos de la lengua

ATAXOFOBIA: Temorexagerado al desorden e irregularidades.

BULIMIA. Trastorno de apetito, comer en exceso

CALAMBRE. Contracciones musculares

CIÁTICA. Dolores en el área del nervio ciático, en área sacro-coxígea.

COMA. Estado de inconsciencia

CIANOSIS, daño hepático, piel de color amarillo

CISTITIS. Infección de vías urinarias

CLIMATERIO, estado previo a la menopausia

CONFUSIÓN. Estado de conciencia deteriorado

CRETINISMO. Coeficiente mental bajo.
DISTONIA, contracción muscular
DISNEA. Disminución de la respiración
DISTIMIA. Estado depresivo intenso
EPICRISIS: Juicio científico de una enfermedad.
ESCLEROSIS. Cerramiento del diámetro arterial
EUPATÍA. Palabra griega que significa "sentirse bien".
ESCARAS. Ulceraciones en la piel, paciente inmóvil.
HIPERESTESIA: Aumento o exageración de la sensibilidad.
HIPERPRAXIA: Actividad exagerada o maniaca.
HIPERPROSEXIA: Exageración de la atención idea fija obsesionante.
HIPOSTESIA: Disminución de la sensibilidad.
HIPERSOMIA: excesivo sueño
HEMIPLEJIA: parálisis de la mitad del cuerpo
ISQUEMIA: Detención de la circulación arterial
ICTUS: Golpe, ataque súbito.
INFARTO: Necrosis en un tejido producido por una obstrucción de un vaso arterial.
LIPOTIMIA: Desmayo, pálido, sudoroso, frío. Distonia o Histerismo.

2.5. Siglas más utilizadas.

T.A.C. :Trastorno afectivo Bipolar.
E.M: Esclerosis Múltiple.
E.V: Encefalitis viral.
LCR: Líquido Cefaloraquideo.
SNC: Sistema nervioso central.
TAC :Tomografía Axial Computarizada.
RM: Resonancia Magnética.
EA :Estenosis Aórtica

ECV :Evento Cerebrovascular.

Pts : Pacientes.

Dx : Diagnóstico.

ID :Índice Diagnóstico.

ECG: Electro-cardiograma

EEG: Electro-encefalograma.

FR: Fiebre Reumática.

ES: Epilepsia secundaria.

HA: Hepatitis A.

HB: Hepatitis B.

HCr: Hepatitis Crónica.

HCP: Hepatitis Crónica Persistente.

HCA: Hepatitis Autoinmune.

TEP: Tomografía por emisión de positrones

PFE: Pruebas de función Hepáticas.

EPOC: Mezcla de Enfisema y Bronquitis
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

DN : Depresión Neurótica

NA :Neurosis de Ansiedad.

IM : Infarto de Miocardio

CH :Cirrosis Hepática

CPI: Cardiopatía isquémica.

EM : Estenosis Mitral.

RAB: Respiración Abdominotóraxica.

MAE: Masaje anti estrés.

EPID: Enfermedad Pulmonar Intersticial difusa

FVD: Falla ventricular derecha.

FVI: Falla ventricular izquierda.

EEG: Electroencefalograma

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA APLICADA

3.1. Diseño de la investigación

En nuestra investigación y desarrollo se utilizó el método científico, inductivo, deductivo, sintético. Se trabajó con dos grupos de pacientes, el de adultos mayores y el grupo de jubilados por invalidez, que son atendidos por consulta externa en el hospital del IESS Milagro, por el Área de Salud Mental y por el Área de Emergencia.

3.2. Métodos

3.2.1. Método científico.

Conocido el problema y el objeto de la investigación, se estudió su curso natural, sin alteración de las condiciones naturales, con este método se utilizó la observación, nos basamos en el aspecto contemplativo y en los resultados.

3.2.2. Método Inductivo y deductivo.

Se buscó las razones de la problemática en los adultos mayores, fundando nuestra investigación en casos particulares, que determinaron conocimientos generales. Este método nos permitió la formación de hipótesis por lo tanto indujo a la investigación de leyes científicas, y sus demostraciones.

3.3. Técnicas e instrumentos.

Observación, encuestas, entrevistas, reactivos psicológicos.

3.3.1. La encuesta.

Con esta actividad se obtuvieron datos e información necesaria para nuestro trabajo de setenta y cuatro pacientes, cuyas opiniones impersonales nos interesan

para obtener un diagnóstico claro de la problemática existente en la unidad de servicio médico, se realizó un cuestionario que se entregaron a varios pacientes adultos mayores, médicos, directivos, sujetos de investigación, a fin de que las contesten igualmente por escrito.

El cuestionario utilizado en la encuesta es impersonal porque no lleva el nombre ni otra identificación de la persona que lo responde, ya que no interesan esos datos.

3.3.2. Observación.

La observación fue directa al problema: ¿Cómo mejorar la eficiencia y eficacia en el desarrollo de funciones del personal que labora en el Hospital del IESS, dentro de la Seguridad Social en la ciudad de Milagro? Referente a la atención al adulto mayor, nos permitió recopilar información y registrarla para su análisis respectivo.

Pasos que se aplicaron en la Observación:

1. Se determinó el objeto a observar, es decir la atención al adulto mayor.
2. Se determinó los objetivos de la observación (para qué se va a observar).
3. Se determinó la forma con que se van a registrar los datos.
4. Se observó cuidadosa y críticamente.
5. Se registraron los datos observados.
6. Se analizó e interpretaron los datos obtenidos.
7. Por Último se elaboran las conclusiones.

3.4. HIPÓTESIS.

3.4.1. Hipótesis general

3.4.1.1. Ejecutando un programa de atención médica especializada e integral para el Paciente adulto mayor y jubilado, se mejoraría la salud familiar.

3.4.2. Hipótesis específicas

3.4.2.1. Conociendo la atención que recibe el adulto mayor y el Jubilado en el Hospital DelIESS de Milagro de la provincia del Guayas, estaríamos en condiciones de incrementar un nuevo sistema de atención integral.

3.4.2.2. Determinado el tipo de conflictos y las diversas patologías psicofísicas que presentan los pacientes adultos mayores y Jubilados, conoceríamos la fenomenológica y epidemiología de mayor incidencia, y se creará sub especialidades médicas Geriátricas.

3.4.2.3. Fomentado el desarrollo de un programa para la atención de pacientes adultos mayores y jubilados, obtendríamos un descongestionamiento de varias áreas del Hospital General, y se crearán especialidades complementarias.

3.5. VARIABLES.

3.5.1. Variables Independientes.

V.I. 1. Programa de atención médica especializada e integral, para el pacienteAdultomayor.

V.I.2.Centro de atención complementaria para integrar al paciente adulto mayor.

V.I.3.Tipos de conflictos y patologías psicofísicas que presenta el adulto mayor.

V.I.4.La Atención que recibe el paciente adulto mayor.

3.5.2. Variables Dependientes

V.D.1. Salud Integral y familiar.

V.D.2. Nuevo sistema de atención médica integral.

V.D.3. Descongestionamiento del hospital.

V.D.4. Especialidades complementarias.

3.5.3. Verificación de las Variables

Luego de realizar el trabajo de campo investigativo (aplicación de encuestas, entrevistas y guías de observación), en el Hospital de IESS Milagro, procedimos al análisis e interpretación de los resultados y a partir de los cuales llegamos a la conclusión de que la hipótesis planteada en la investigación sea verificada o no, según los datos estadísticos que se obtuvieron.

Por lo tanto los procedimientos fueron:

1. Definida la hipótesis, se hacen operables los términos o variables, los mismas que nos dieron su aceptación o no-aceptación.
2. Se Comprobó la hipótesis mediante análisis estadísticos, el mismo que se fundamenta en modelos y experiencias.
3. La verificación de la hipótesis fue conocida por el diseño de la prueba y consistió en la elección de la técnica más apropiada para su verificación o comprobación.
4. Mediante la teoría estadística se probó el grado de relación y significación de las variables de correlación.

CAPITULO IV

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN.

4.1. Observación

En el año 2009, la administración correspondiente a esa época, presto el apoyo necesario para realizar todo tipo de investigación con el propósito de ayudar a mejorar la calidad de servicio en todas las especialidades de la institución. Desde tiempos anteriores se ha reportado la saturación de diferentes áreas de especialidad, como la de neurología, fisiatría, cardiología, lo que vino a disminuir la demanda creciente de servicio de especialidades fue la creación del servicio de Admisión, donde un médico deriva a las diferentes especialidades a los pacientes y en caso de no ser necesaria la consulta con el especialista, se le receta la dosis recomendada de medicina y se evita el congestionamiento, el problema que aun se notaba era la frecuencia que los adultos mayores asistían al servicio de admisión; como una estrategia de Recursos Humanos, el doctor psicólogo clínico que estaba realizando un estudio investigativo en el área médica y del personal de empleados inicia la atención del servicio de Salud Mental, con atención de cuatro horas diarias, por tres días por semana; desde el área de admisión y del área de emergencia, son remitidos los adultos mayores que teniendo una enfermedad crónica necesitan apoyo emocional y una reorganización en sus valores vitales, los adultos mayores inician un tratamiento psicoterapéutico, los ancianos tienen quien los escuche y preste atención a sus dolencias; consiguiendo así disminuir la gran demanda de atención, con el tiempo los tres días resultaron muy poco, se incrementa dos días más pero en estos días se realiza psicoterapia de grupo, donde se realiza gimnasia psicofísica, consiguiendo excelentes resultados.

CUADRO DE OBSERVACIÓN CONSULTA EXTERNA HOSPITAL DEL IESS MILAGRO

Atención a los Adultos Mayores

FECHA:

DESCRIPCIÓN	CALIFICACIÓN			DETALLE	
	ATENCIÓN EN LA VENTANILLA DE RECEPCIÓN	RÁPIDA	LENTA X		No existe un trato especial para el adulto mayor, hace cola por igual, cuando son jubilados, los envían a otra columna, donde la empleada es más lenta y poco efectiva.
TIEMPO EN LA SALA DE RECEPCIÓN	PROLONGADA	NORMAL X		Los pacientes por primera vez todos deben ser atendidos por el médico general, incluido los adultos mayores	
ATENCIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS	SATISFACTORIA	NO X		Los pacientes refieren que los médicos ni los tocan, ni los ven, solo escriben su receta, la misma receta para todos, algunos ya tienen hecha la receta.	
EL TIEMPO UTILIZADO POR EL ESPECIALISTA	SUFICIENTE	NO X		Los adultos mayores presentan trastornos emocionales, necesitan ser escuchados, la ley obliga a los especialistas a atender en 15 minutos a un paciente, con tiempo muy reducido.	
TIPO DE PACIENTES QUE ATIENDE CADA ESPECIALISTA	A TODOS X	SOLO ADULTOS		No existen médicos especialistas solo para los adultos mayores.	
INFORMACIÓN OPORTUNA	SIEMPRE	A VECES X	NUNCA	En el hospital no existe información sobre el proceso que se debe seguir para ser atendido. Son las trabajadoras sociales quien cumple ese papel.	
FRECUENCIA DE CITA MEDICA	SEMANAL	MENSUAL X	TRIMESTRAL X	ANUAL X	La cita es dada en base a varios factores, patología, cronicidad, edad.
GRADO DE SATISFACCIÓN	MUY BUENA	BUENA X	REGULAR X	MALA X	Los adultos mayores reciben una atención regular, dado por el tiempo de cada sesión y por falta de especialidades y especialistas
CON QUIEN ACUDEN AL HOSPITAL	FAMILIA X	AMIGOS	SOLOS	AMBULANCIA	En su gran mayoría los adultos acuden con sus familiares, pero los dejan en la puerta del hospital, ellos son los que deben lidiar con el mal servicio y poca información.

QUE TIEMPO PERMANECEN EN EL HOSPITAL	DOS HORAS	4 HORAS	UN DÍA X		Los adultos mayores son traídos al hospital en su mayoría a las 7 de la mañana, cuando sus familiares van a sus trabajos, permanecen hasta el mediodía, se han visto varios casos que son retirados del hospital en la tarde a las 3 o 4 de la tarde, por la demora de la entrega de medicinas
ACTITUD DE LOS PACIENTES EN LA SALA DE ESPERA	TRANQUILIDAD	ANGUSTIA	TRISTEZA	COMPARTIR	En la observación se obtiene varios resultados, en una mezcla de emociones, cuando no son retirados del hospital, existe miedo a ser abandonados, pero prefieren compartir con gente de sus edad en el hospital.
PUNTUALIDAD EN LA ATENCIÓN	EXACTITUD	15 MIN.	30 MIN	UNA HORA X	Existen especialistas que tienen la costumbre de atender primero a los adultos mayores, otros atienden un jubilado un afiliado, muy pocos son exactos en su atención, siempre esperan por lo menos una hora
ACTIVIDADES EN EL HOSPITAL MIENTRAS ESPERAN	VARIAS	POCAS X	NINGUNA	CONVERSAR X	Existe un grupo de jubilados, asociados, que practican ejercicios y realizan paseos ocasionales, dos veces por semana, pero no todos pueden asistir, se rige bajo cuotas de inscripción y no participan todos los que acuden a consulta.
ATENCIÓN DE LAS ENFERMERAS	AMABILIDAD	ORIENTACIÓN X	SOPORTE	NINGUNA	La enfermera de consulta externa tiene varias funciones, no cumple con la ayuda al jubilado, solo orienta desde su lugar de trabajo.

Interpretación de la observación.

Para realizar un análisis del tipo de atención que se da al adulto mayor, debemos analizar cómo estaba el Hospital antes que se inicie el programa de atención para los adultos mayores, iniciado por el área de salud mental. Para ello se procedió a observar desde el inicio la gestión del servicio, se analiza la atención que se da en la ventanilla. Se procedió a observar por varios meses, confirmando que la atención es la misma, al identificar al paciente como jubilado, lo envían a otra cola, pese a que estaba en la cola común, en la cola designada a todos los afiliados del IESS, con varias observaciones que se realizan a las autoridades por parte de los pacientes mejora por un tiempo muy corto en circunstancias comprobadas se observa que los empleados reaccionan de manera negativa contra los pacientes que reclaman. Y adoptan una conducta pasiva, permisiva. A los tres meses de iniciada la observación se crea una ventanilla solo para los jubilados, otra ventanilla para el Seguro Social Campesino. Sin mayor resultado porque eran los empleados quienes oponen resistencia.

En la sala de espera de consulta externa todos los pacientes son atendidos por el médico de admisión, la función que cumple este medio es auscultar a todos los afiliados, atendiendo un máximo de quince minutos a cada paciente, lo que determina una relación superficial con cada paciente, el tiempo que se demora con cada paciente es normal, pero existe gran demanda de pacientes y un solo médico encargado de este tipo de trabajo, este médico al pasar de su horario de actividad debe permanecer en consulta, su capacidad de resistencia como ser humano disminuye, dentro de su desempeño lo realiza de manera mecánica, por las acciones de los jubilados se han presentados varios reclamos a las autoridades respecto a la capacidad de servicio del área de admisión, pero se sabe que hasta la actualidad solo existe un médico en esta área, con la creación de este servicio en el año 2005, se disminuye considerablemente la saturación de los pacientes en áreas de especialización.

Los médicos especialistas tienen sus paciente programados con mucho tiempo de anticipación y son realizados por vía telefónica en los últimos tiempos, lo que ha disminuido las complicaciones de las aglomeraciones e las especialidades, en el tiempo de la observación las aglomeraciones de los pacientes era muy frecuente porque

regresaban a los dos o tres días al médico especialista, y en cada visita pedían medicinas, constituyéndose los adultos mayores en las personas que más medicina recetada tenían, llegando a almacenar en casa, ellos regresan solo por visitar a los amigos que encuentran fuera del consultorio y por escuchar palabras de aliento del médico.

Los especialistas atienden a los pacientes en un tiempo demasiado reducido, observándose que varios especialistas tienen los recetarios listos con las medicinas que trabajan cada una de las especialidades, los mismos medicamentos son utilizados para todos los pacientes en una gran mayoría son vitaminas lo que recetan a los adultos mayores.

Con el nuevo sistema de call center, las consultas son más espaciadas, por eso los pacientes adultos mayores son remitidos al médico de admisión, y se los receta con las mismas dosificaciones que emitiera el especialista, el tiempo que atiende cada especialista es muy corto, los especialistas que trabajan cuatro horas no logran atender a los pacientes que tienen citados y quedan para el siguiente día, existen casos que son necesarios tratar por más tiempo que otros, pero no existe distinción para los adultos mayores, todos los especialistas tienen una actitud de desinterés por el paciente jubilado y solo prescriben. No existe un especialista para adultos mayores y otro para el resto de pacientes afiliados, el mismo médico especialista atiende a todos.

Los pacientes que acuden a consulta médica por primera vez al hospital, o por primera vez con determinado especialista, no reciben la atención adecuada, y se observa deambular a los adultos mayores de un lado a otro, los guardias son los que en ocasiones les orientan de los trámites que deben cumplir, pocas veces reciben información adecuada. Las encargadas son las trabajadoras para la salud pero ellas cumplen funciones administrativas netamente, hace pocos meses se incrementó otra trabajadora social para que cumpla la función de orientar a los pacientes adultos mayores y al seguro social campesino y ella orienta a los familiares pacientes en los trámites que deben cumplir dentro de la institución, se ha observado que los pacientes acuden en su gran mayoría solos, pocas ocasiones en especial de pacientes adultos mayores mujeres son los que asisten con un miembro de la familia que en su mayoría

son yernos o nueras, los hijos pocas veces participan en estos actos, en escasas situaciones son acompañados por nietos y empleados de casa.

4.2. Interpretación, Graficación y descripción de los resultados.

4.2.1. Encuestas aplicadas a los Pacientes Adultos Mayores que acuden al IESS

Milagro.

Dentro de las investigaciones realizadas en este trabajo, a más de la observación que se llevó a cabo durante el proceso inicial, se realizó diferentes encuestas, tanto a los pacientes como a los profesionales médicos y paramédicos como también a los directivos.

En este tipo de trabajo se elaboraron una serie de cuestionarios que fueron analizados y considerados de manera individual, para al terminar la investigación comparar los resultados obtenidos; se elaboraron cuadros de recolección de datos de cada encuesta, los mismos que se encuentran al final de este trabajo, en el capítulo de Anexos, al igual que los cuadros de observación científica.

He presentado esta investigación con un análisis numérico o porcentual conjuntamente con un informe estadístico representado en tablas o gráficos que a continuación enumerare en detalle con un análisis previo de cada una de las preguntas presentadas a los encuestados, cada pregunta ha sido analizada y sus respuestas fueron agrupadas para un análisis final a manera de discusión o conclusiones.

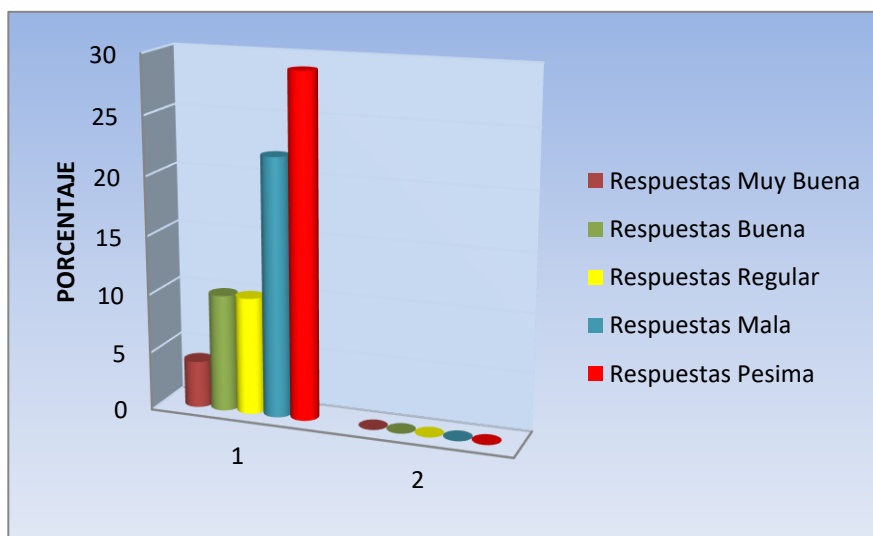
Las primeras preguntas de las encuestas corresponde a los pacientes que acuden a consulta externa, pacientes adultos mayores, en algunos casos no responden a temor de represalias de los médicos, pero en su mayoría fueron muy colaboradores, las preguntas son diez y están constituidas en su mayoría a preguntas cerradas o cortas.

CUADRO No. 1

PREGUNTA	Respuestas				#
	Muy Buena	Buena	Regular	Pésima	
1. ¿Cómo califica la atención que reciben los pacientes adultos mayores en el Hospital del IESS Milagro?	4	10	10	29	75

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009 Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 1



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009 Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados.

Se encuesta a 75 pacientes, de ellos 29 pacientes afirman que el servicio es pésimo, que corresponde a un 55%, 4 pacientes consideran muy bueno. La gran mayoría de los pacientes que se ha entrevistado se observa un descontento generalizado en lo referente al tipo de atención que se recibe en el Hospital del IESS Milagro, manifiestan que el centro de salud no

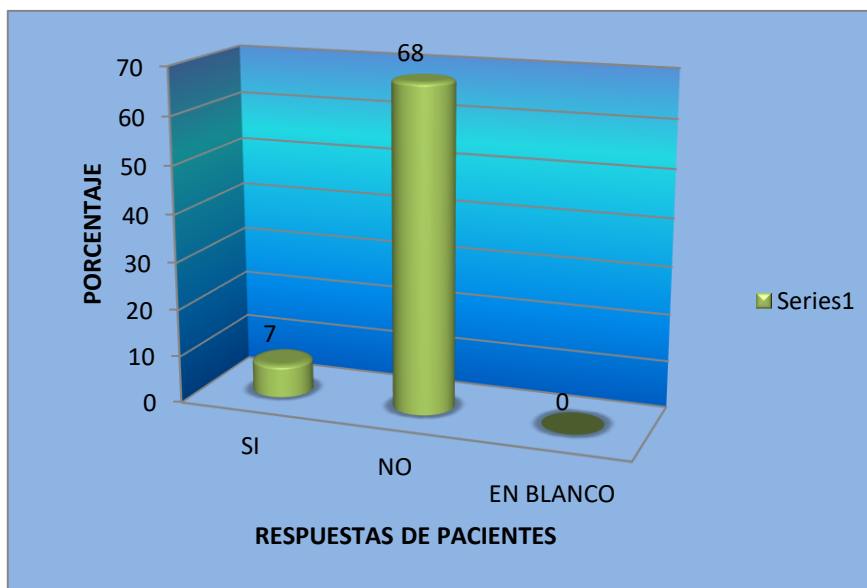
tiene las características físicas apropiadas para atender, y los profesionales y empleados no tienen las características apropiadas para dar un servicio de calidad.

CUADRO No. 2

PREGUNTA	SI	NO	EN BLANCO
2. ¿ Existe personal médico especializado para atender a los adultos mayores en el Hospital del IESS Milagro?	14	1	0

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009 Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 2



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

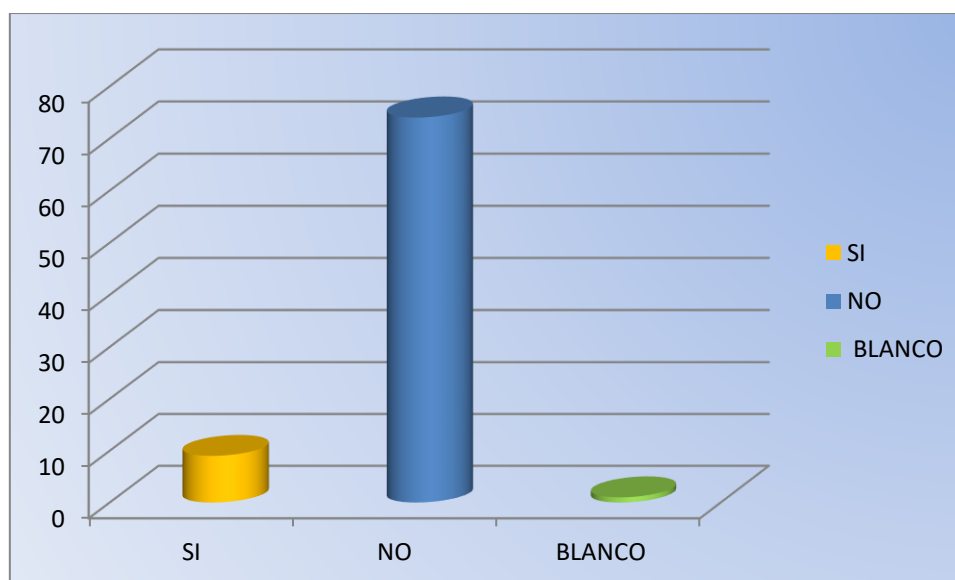
Los resultados muestran que no existen médicos especialistas para tratar a los pacientes adultos mayores, es el mismo médico que atiende a todos incluyendo a los jubilados, por esta razón la frecuencia de enfermedades en estos pacientes hace que congestionen las diferentes especialidades, se clasifican las dolencias de los pacientes como crónicas quitándose la importancia para la atención y para el tratamiento.

CUADRO No. 3

PREGUNTAS	SI	NO	BLANCO
3.¿ Los paciente adultos mayores reciben atención en un lugar diferente al resto de pacientes?	9	74	1

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009 Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 3



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

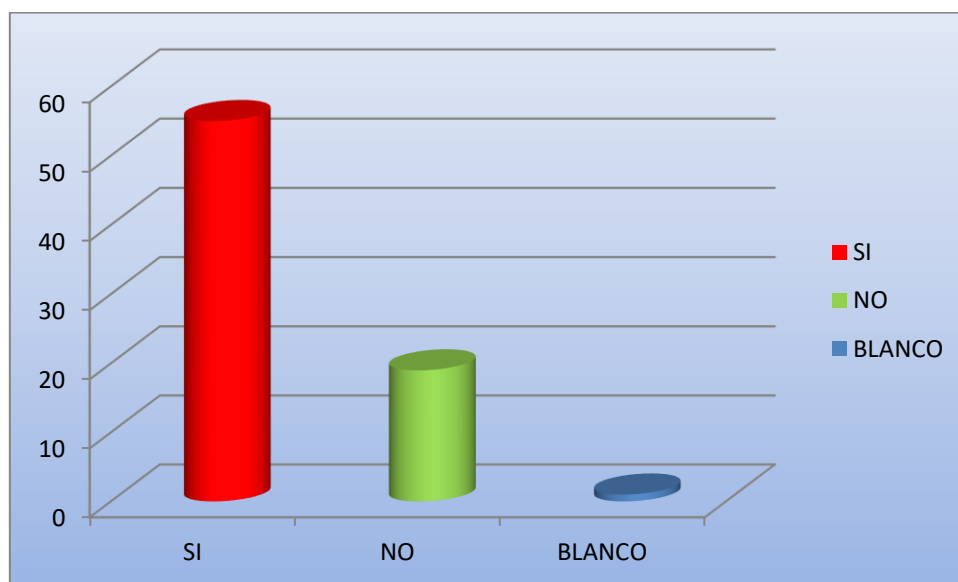
Todos los pacientes reciben atención en el mismo lugar, los adultos mayores son rechazados por los afiliados activos, atribuyendo que ellos ya no tienen que hacer, y pueden esperar.

CUADRO No. 4

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO
4.- ¿ Cree usted que es necesaria la creación de un centro de Atención Especializada Integral y complementaria para el Adulto Mayor y Jubilado dentro de la Seguridad Social de la ciudad de Milagro?	55	19	1

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009 Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 4



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

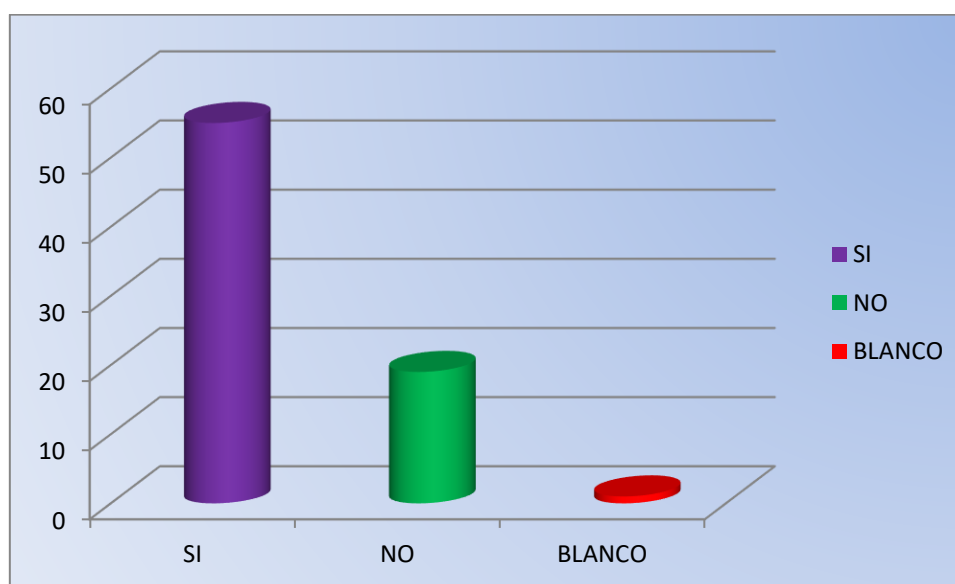
El 73 % que corresponde a 55 pacientes responde que si es necesario crear un centro de atención especializada para brindar una mejor calidad de vida a quien a los adultos mayores quienes han dedicado su vida íntegra a la sociedad, porque son ellos los que han trabajado y en su última etapa es necesario que ellos tengan una atención de servicio especializado como se merecen.

CUADRO No. 5

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO
5. ¿ Conoce usted si existe el espacio, la tecnología y personal de médicos para crear un programa de Atención Especializada Integral y complementaria para el Adulto Mayor y Jubilado dentro de la Seguridad Social de la ciudad de Milagro?.	23	50	1

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 5



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

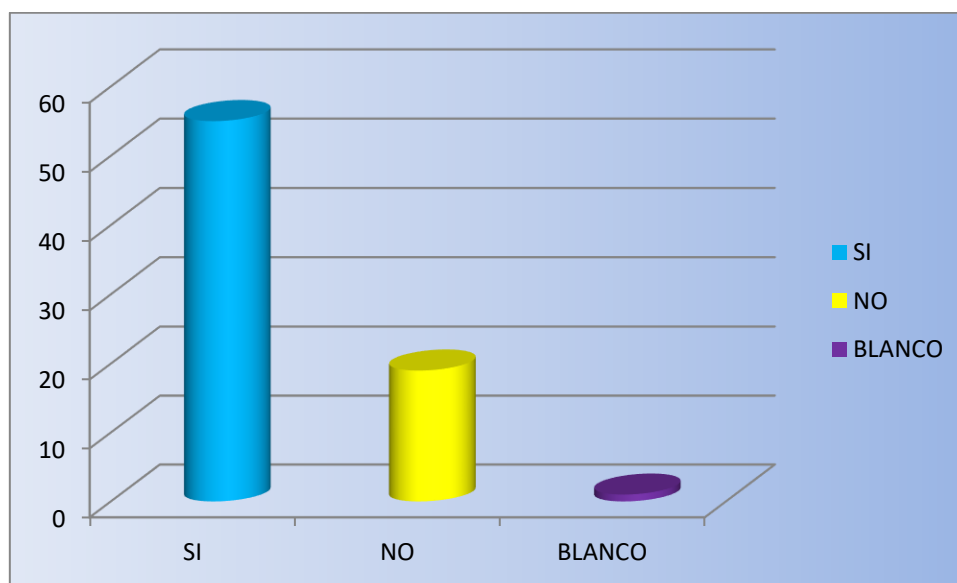
Los pacientes en un número de 55 que corresponde al 66% desconocen si existe el espacio y las capacidades necesarias para construir un nuevo centro especializado. En su mayoría vienen a la institución por no permanecer dentro de casa, son poco participativos, son conformistas, el deseo de luchar está desaparecido en su mayoría. Además refieren que no existe comunicación de las actividades en el Hospital, “todos andan al correorre”, nadie tiene tiempo para los adultos.

CUADRO No. 6

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO
6. Le interesa a usted participar de este programa de atención médica especializada, integral y complementaria para el adulto mayor y jubilados, dentro de la seguridad social en la ciudad de milagro?	59	14	2

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 6



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

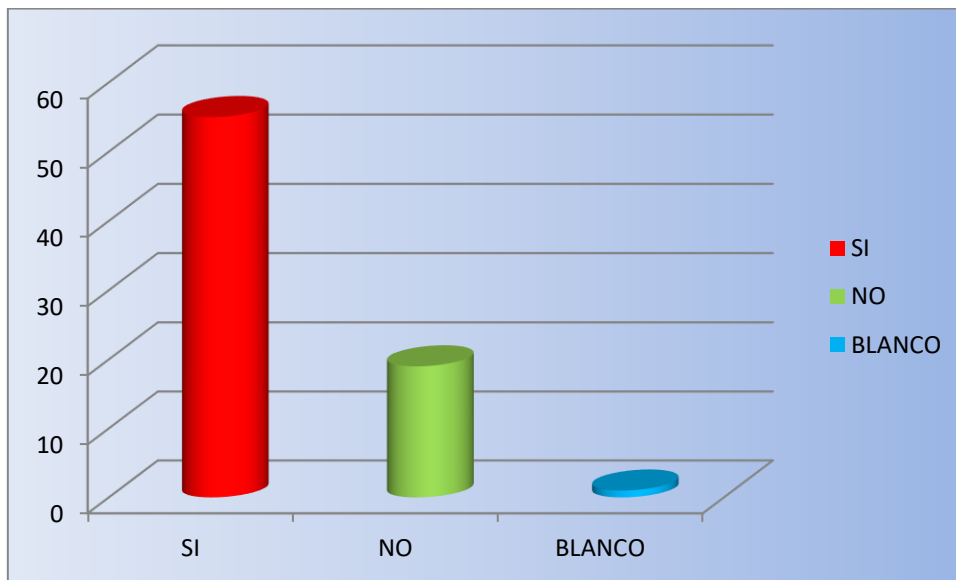
59 Pacientes han respondido que están interesados en participar en las actividades que se programan en el nuevo servicio para los adultos, corresponde al 78% a penas dos pacientes responden en blanco porque no disponen de compañía para asistir a las reuniones, por la influencia de su familia, el porcentaje es bajo, pero observamos que los ansianos son poco considerados en algunas familias.

CUADRO No. 7

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO
7 ¿Está de acuerdo con las autoridades y directivos en aumentar las especialidades en el hospital del IESS de la ciudad de Milagro?	67	7	1

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 7



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero.

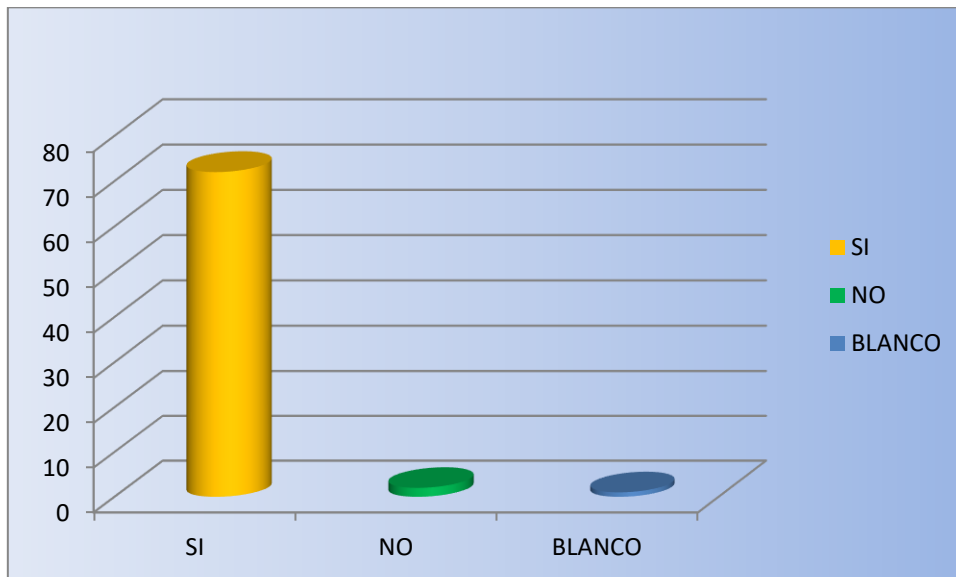
Análisis e Interpretación de los resultados

De los pacientes entrevistados 67 están de acuerdo con incrementar las especialidades en el Hospital Federico Bolaños Moreira, corresponde a un 89% de la población de estudio, una de las especialidades sería la de Geriatria, pero los pacientes consideran que deben existir más especialistas en la institución por qué no son atendidos como ellos tienen necesidad, los atienden con mucho intervalo, refieren que deben haber por los menos dos de cada especialidad.

CUADRO No. 8

PREGUNTAS	SI	NO	BLANCO
8¿Está de acuerdo que se inicie un nuevo programa de Atención médica Especializada para el Adulto Mayor y Jubilado?	72	2	1

GRÁFICO # 8



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

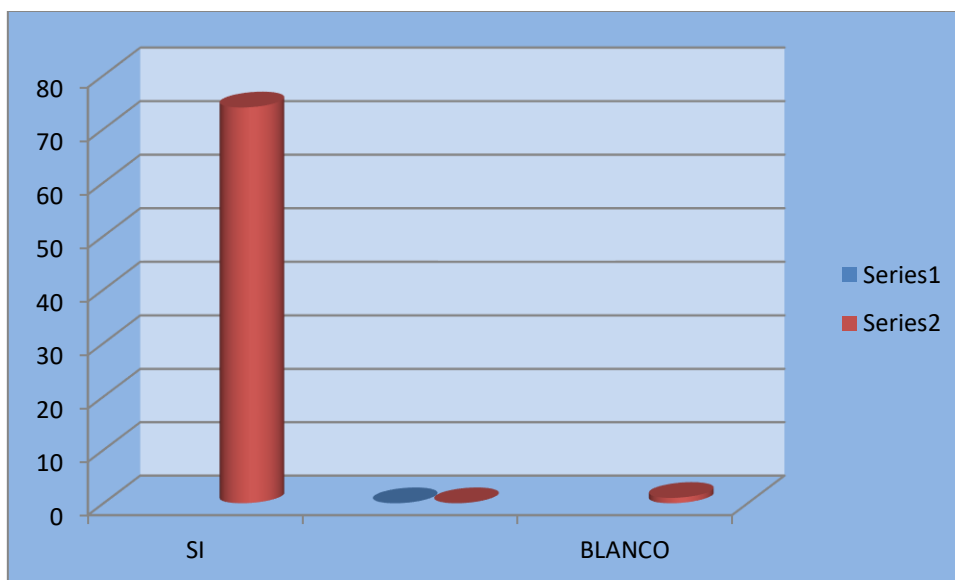
El 96% de los pacientes frente a la pregunta de iniciar un programa exclusivo para los adultos, expresan que están de acuerdo, el porcentaje restante que son dos pacientes, son indiferentes porque no tienen confianza en las autoridades de la institución, ni en la política, porque son ofrecimientos de siempre y no existe ni lo básico, hablan sobre las medicinas y la calidad de servicio que reciben, y no confían en un cambio.

CUADRO No. 9

PREGUNTAS	SI	NO	BLANCO
9.¿Considera que existe la necesidad de crear el nuevo servicio de geriatría, para dar atención a los pacientes adultos mayores?	74	0	1

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRAFICO # 9



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

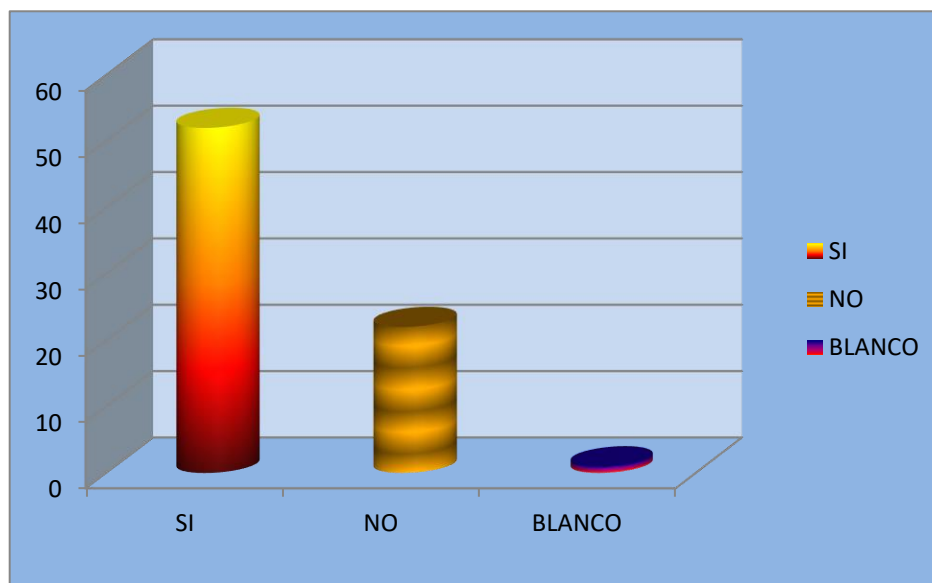
En esta pregunta, los 74 pacientes entrevistados que corresponde al 99 % afirman que existe la necesidad de crear un centro de atención especial para los adultos mayores, la gran mayoría saben que debe existir ese tipo de ayuda para mejorar la calidad de vida de este grupo de afiliados, que cumpliendo su legado en trabajo y dedicación para la sociedad. Todos saben que debe existir, pero pocos están dispuestos a buscar el cambio.

CUADRO No. 10

PREGUNTAS	SI	NO	BLANCO
10. ¿Permanecería usted en el Hospital desde las 9 de la mañana a las 5 de la tarde participando en talleres ocupacionales con personal especializado?.	52	22	1

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 9



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

52 Pacientes están dispuestos a trabajar 8 horas diarias en el proyecto, lo que corresponde a un 69%, disminuyendo en una considerable cantidad a quienes estuvieron de acuerdo con crear el centro especializado, se observó un grado de dependencia familiar y temor a no contar con las comodidades necesarias, varios durante la entrevista preguntaron si se les dará de comer en el hospital, otros preguntan si se les dará las medicinas, esta duda produce una ausencia de 22 pacientes al programa.

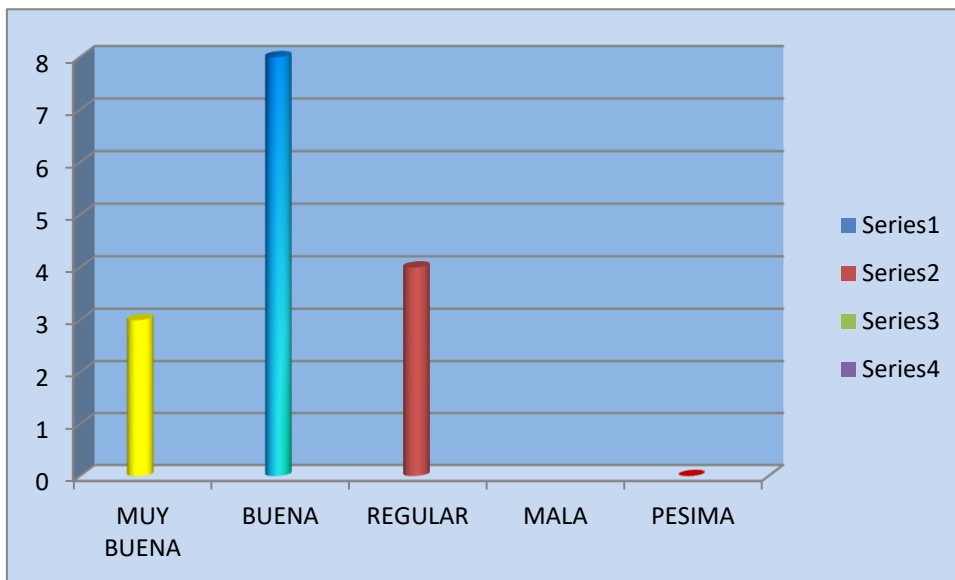
4.2.2. Encuestas realizadas a los Médicos del Hospital.

CUADRO No. 11

PREGUNTA	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	PÉSIMA	#	ÍNDICE
1. ¿Cómo califica atención que reciben los pacientes adultos mayores en el Hospital del IESS Milagro?	3	8	4		0	15	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 11



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

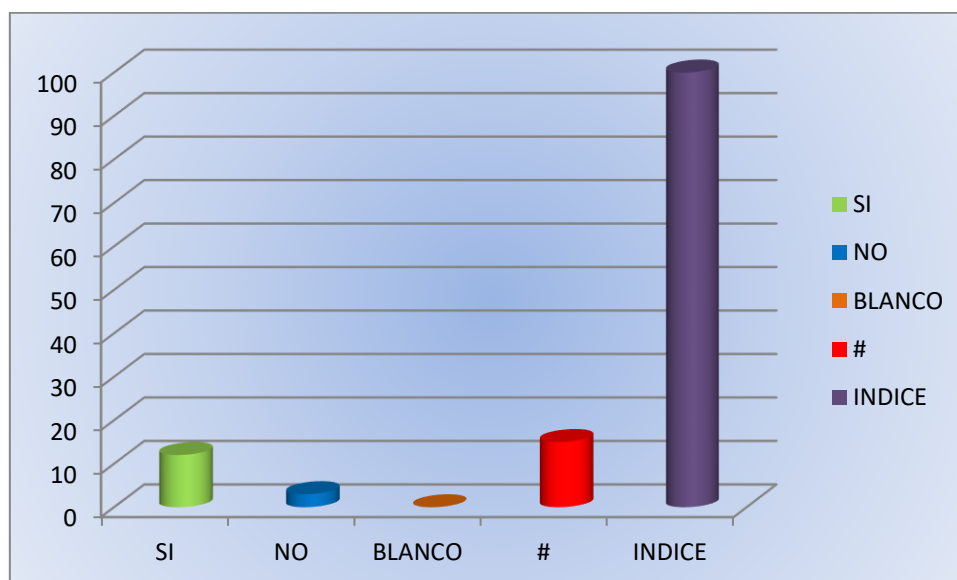
Para la encuesta de los médicos del Hospital se tomó una muestra de 15 profesionales, de los cuales el 53% afirman que la atención médica para los adultos mayores es buena.

CUADRO No. 12

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO	#	ÍNDICE
2. ¿Existe personal especializado para atender a los adultos mayores en el Hospital del IESS Milagro?	12	3	0	15	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 12



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

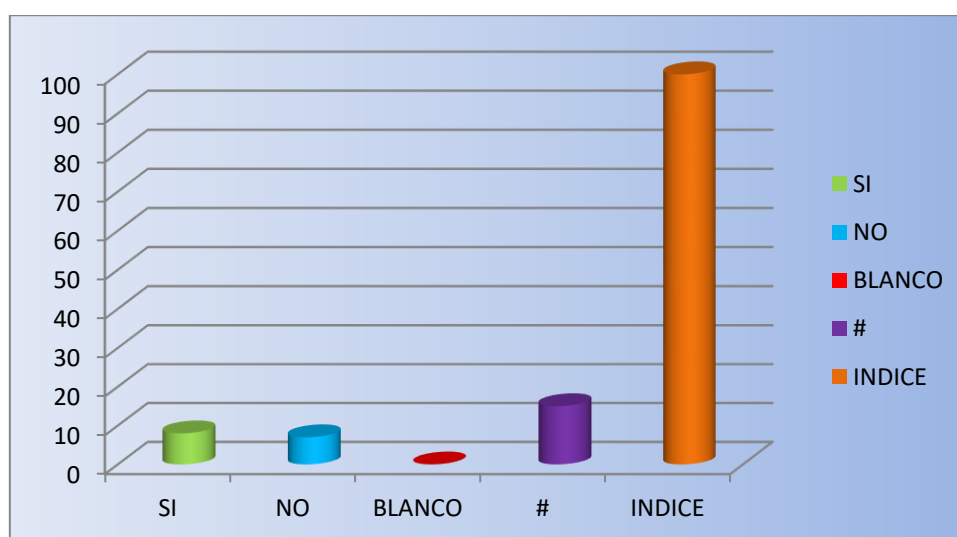
El 80% de los médicos encuestados afirman que existen buenos profesionales para atender a los adultos mayores, consideran que son como otros pacientes y consideran que no es necesario abrir otra especialidad solo para atender a los jubilados, porque la mayor parte de los pacientes que acuden a las especialidades son adultos mayores.

CUADRO No. 13

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO	#	ÍNDICE
3. ¿Cree usted que es necesaria la Creación del Centro de Atención Especializada para el Adulto Mayor y Jubilado dentro de la Seguridad Social en la Ciudad de Milagro?	8	7	0	15	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

13



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

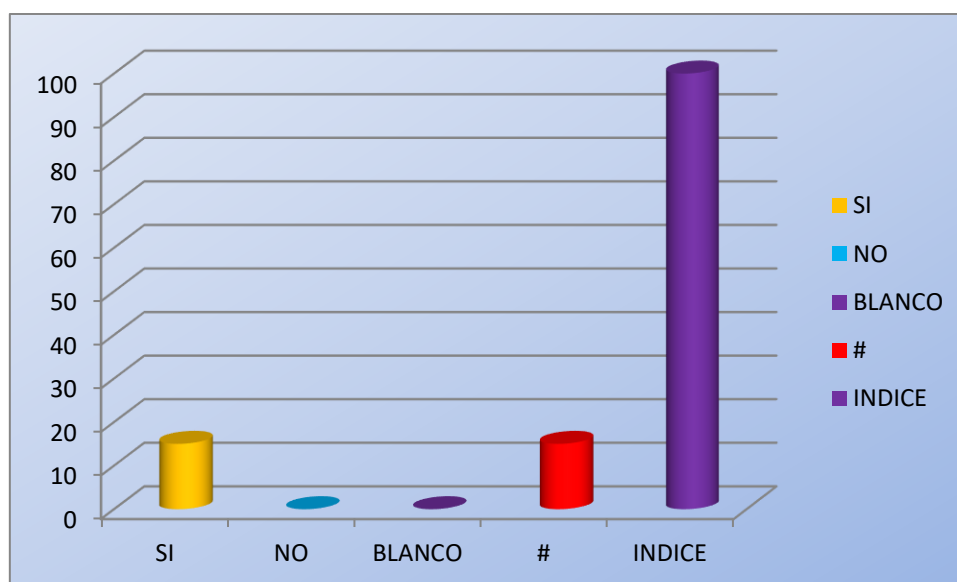
El 53% de los médicos entrevistados afirman, la necesidad de crear un centro para la atención a los adultos mayores, pero existe una contradicción con la respuesta anterior porque el 46% de médicos opinan que no es necesario, los médicos que consideran que no es necesario son los médicos de planta, médicos de varios años de servicio en la institución.

CUADRO No. 14

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO	#	ÍNDICE
4. ¿Existen condiciones de infraestructura, tecnológica y personal médico para programar una atención y tratamiento especializado para el Adulto Mayor dentro de la Seguridad Social en la ciudad de Milagro?	15	0	0	15	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 14



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

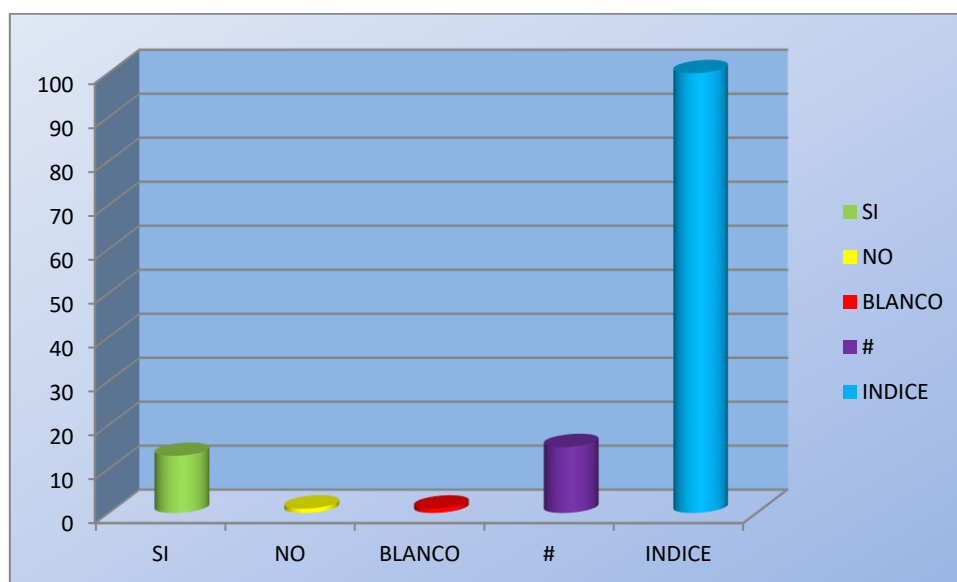
En esta pregunta el 100% de profesionales opinan que el hospital tiene todo para atender a los adultos mayores, se comprueba que ellos ven las necesidades de los usuarios de una perspectiva diferente, los resultados dicen que el pensamiento es diferente de los afiliados al médico tratante.

CUADRO No. 15

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO	#	ÍNDICE
5. Conoce que existe interés en pacientes adultos mayores y jubilados por participar de este programa de Atención Especializada de tipo integral.	13	1	1	15	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 15



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

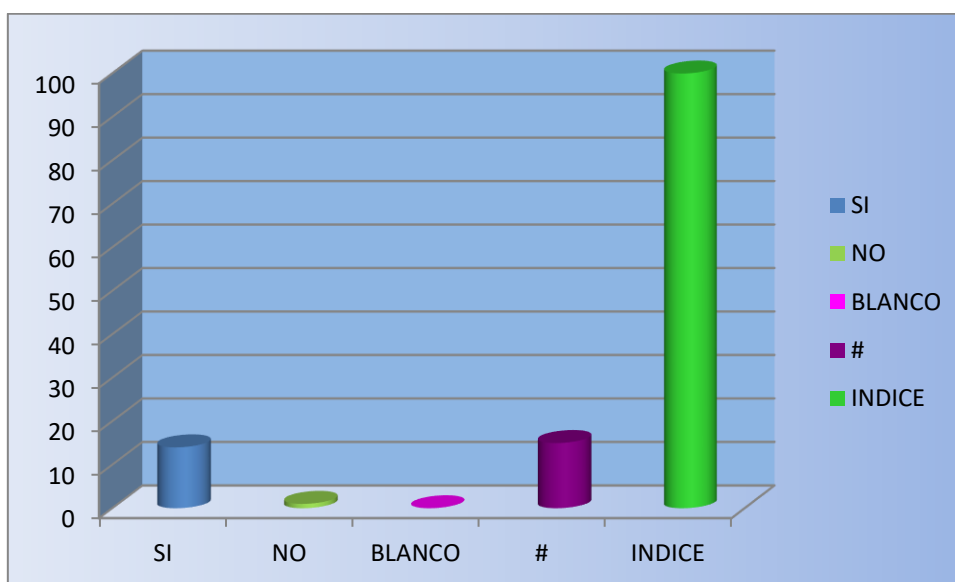
13 De los médicos entrevistados que corresponden a un 86.6%, afirman conocer de parte de los pacientes la necesidad de mejorar el servicio de atención para los jubilados, porque siempre se los ha dejado de un lado en las programaciones anuales es una oposición mínima de los profesionales, solo los médicos más antiguos en años de servicio se ven como opositores del cambio.

CUADRO No. 16

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO	#	ÍNDICE
6.-Cree usted que es necesario tener una Atención Especializada Integral y Complementaria para el Adulto Mayor, dentro de la Seguridad Social en la ciudad de Milagro.	14	1	0	15	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 16



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

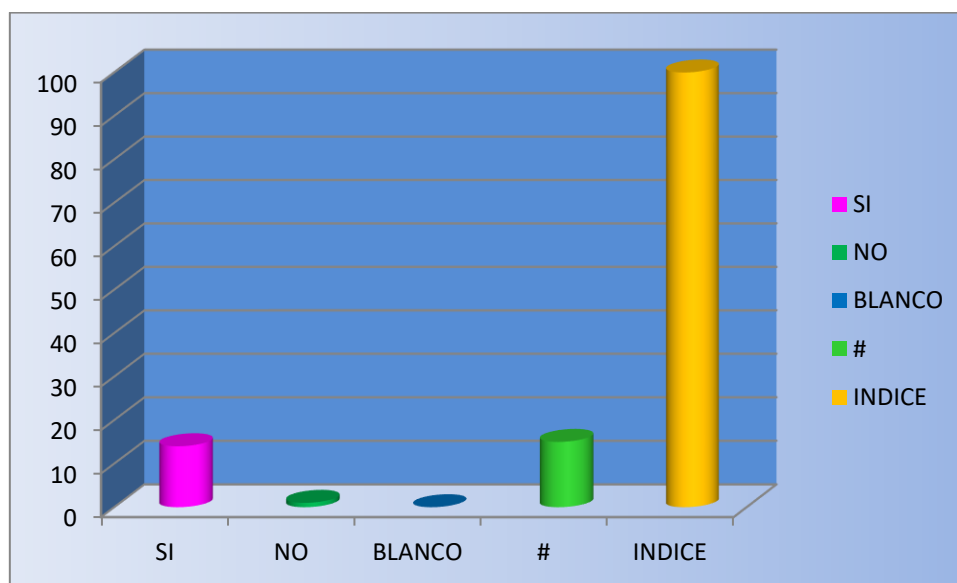
En la encuesta realizada los médicos confirman la necesidad de crear un centro de atención integral, los 14 médicos entrevistados coinciden en sus opiniones y corresponden al 99% del total de médicos encuestados apenas existe un medico que se opone a la creación de este centro de ayuda para los adultos mayores.

CUADRO No. 17

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO	#	ÍNDICE
7.- Conoce si los galenos están preparados para promover atención Especializada para el Adulto Mayor, dentro de la Seguridad Social de la ciudad de Milagro.	14	1	0	15	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 17



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

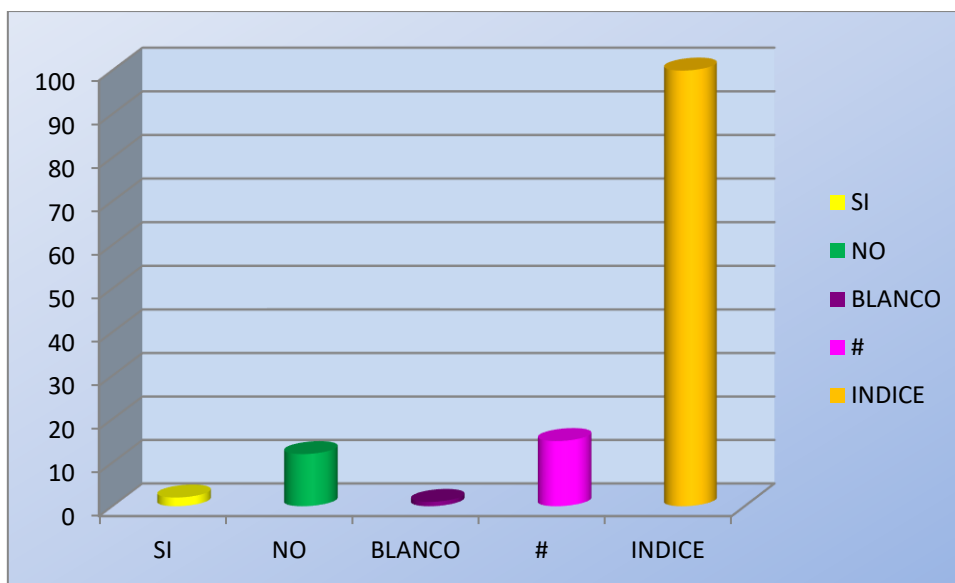
Son 14 médicos entrevistados, el 99% de la población de la muestra, que coinciden en que si, están capacitados todos los profesionales para atender a los pacientes adultos mayores, ellos saben que su capacidad profesional es óptima, solo un médico desconoce de la capacidad de los demás. Es un médico de reciente ingreso a la institución

CUADRO No. 18

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO	#	ÍNDICE
8. ¿Conoce si existe estudios previos para la creación de un Centro de Atención Especializada Integral y Complementaria para el Adulto Mayor, dentro de la Seguridad Social en la ciudad de Milagro?	2	12	1	15	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 18



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

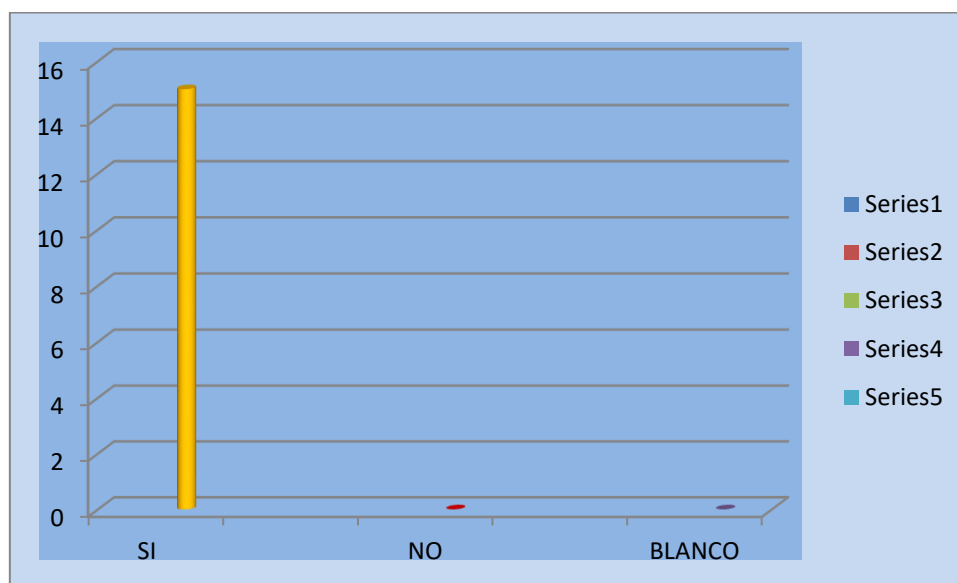
A esta pregunta la mayoría de profesionales responden que no. Son 12 médicos que corresponde al 80% de la población, es la falta de información, y el escaso trabajo en equipo que se mantiene en la unidad, cada especialidad, cada médico trabaja en un centro individual sin preocuparse de los demás en absoluto.

CUADRO No. 19

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO	#	ÍNDICE
9. ¿Existe la necesidad de formar profesionales especialistas en geriatría que se desempeñen en La atención de los pacientes Adulto Mayor que se atienden en nuestro cantón, provincia y país?	15	0	0	15	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 19



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

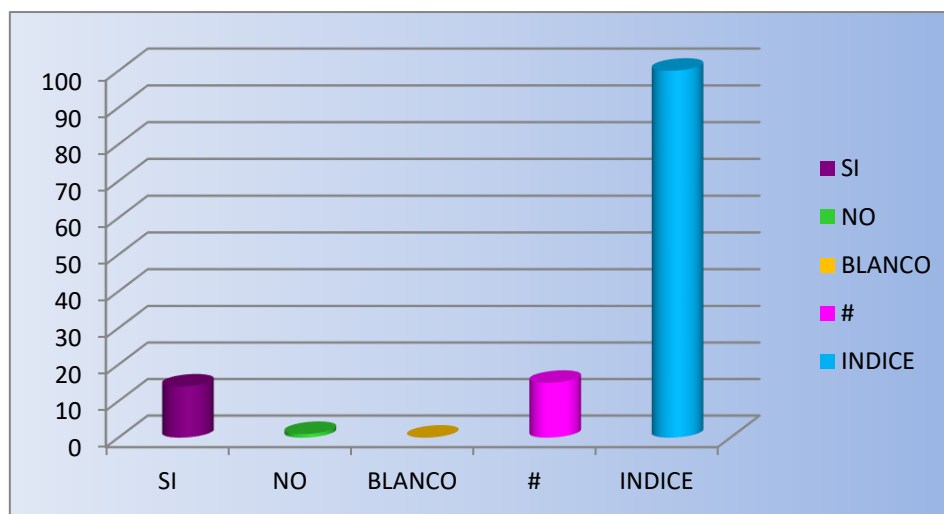
Existe contradicción entre los profesionales el 100% afirma que se necesita preparación en geriatría nivel nacional, pero no aceptan que el Hospital es parte de las necesidades del cantón y de la provincia, ellos afirman en preguntas anteriores que ellos si están en capacidad de atender a los pacientes adultos mayores.

CUADRO No. 20

RESPUESTA	SI	NO	BLANCO	#	ÍNDICE
10. ¿Considera usted que el personal que trate a los adultos mayores deba reunir condiciones de personalidad específica?	14	1	0	15	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 20



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e Interpretación de los resultados

Los 14 médicos que corresponde a un 93.3% afirman que quienes atiendan a este tipo de pacientes deben tener una preparación académica diferente y poseer rasgos de personalidad compatible con el trabajo a realizarse, porque no todos tienen la misma mística para tratar pacientes con trastornos más de tipo afectivo – psicológico, que males físicos, esta especialidad exige personas diferentes para ser tratantes.

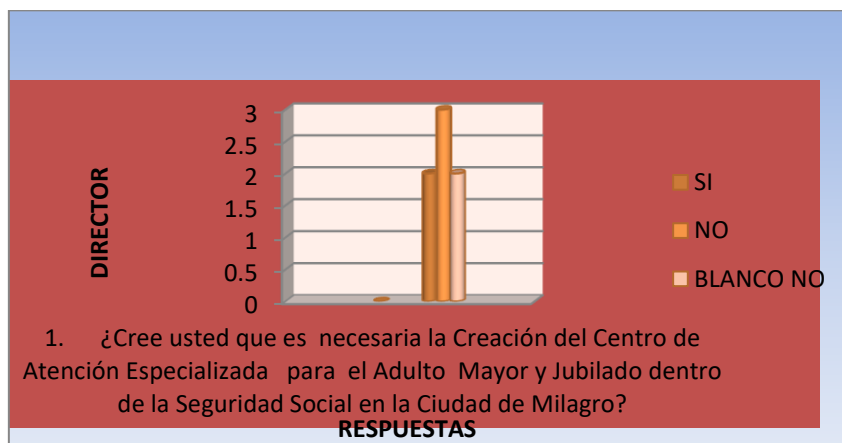
4.2.3. Encuestas realizadas a los Directivos del Hospital

CUADRONo.21

PREGUNTAS	SI	NO	BLANCO	%	ÍNDICE
1. ¿Cree usted que es necesaria la Creación del Centro de Atención Especializada para el Adulto Mayor y Jubilado dentro de la Seguridad Social en la Ciudad de Milagro?	2	3	2	7	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 21



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e interpretación de datos.

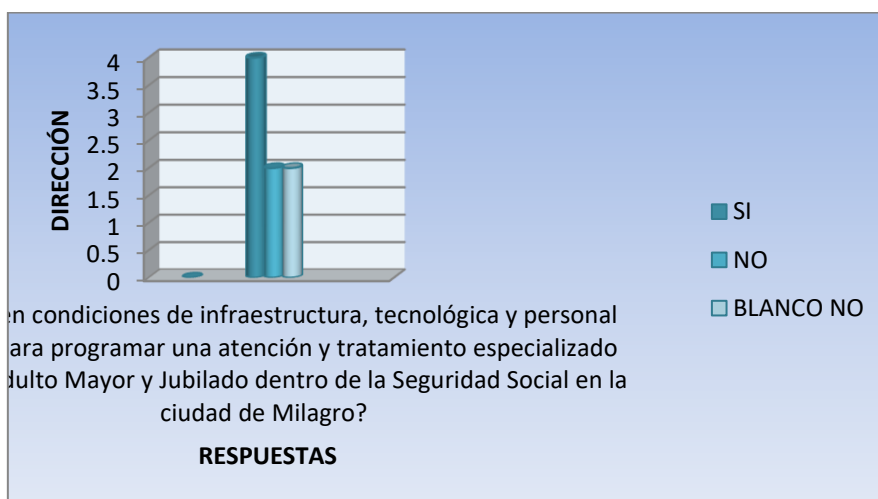
3 directivos que corresponden a un 42.8% se resisten a aceptar la necesidad de los usuarios, 2 aceptan el cambio, pero dos de ellos se mantienen al margen por temor a las autoridades superiores; los directivos de la institución tienen el pensamiento diferente al del usuario y consideran que no debe crearse un centro diferente al que ya existe, afirman que el Hospital es suficiente para dar atención de calidad a todos los pacientes.

CUADRO No. 22

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO	%	ÍNDICE
	2. ¿Existen condiciones de infraestructura, tecnológica y personal médico para programar una atención y tratamiento especializado para el Adulto Mayor y Jubilado dentro de la Seguridad Social en la ciudad de Milagro?	4	2	1	7

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 22



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e interpretación de datos

4 De los directivos que corresponden al 57% saben que si existe infraestructura y medios; que existe a favor del IESS en Milagro, existen varios edificios que hoy están a carga de otras instituciones, que muy bien se podría usarse para formar y desarrollar un centro de atención, existe respuestas en blanco corresponden al 14%, se mantiene con el temor en los directivos de mandos medios, perder sus cargos administrativos.

CUADRO No. 23

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO	#	ÍNDICE
3. Conoce que existe interés en pacientes adultos mayores y jubilados por participar de este programa de Atención Especializada de tipo integral.	5	1	1	7	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 23



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e interpretación de datos

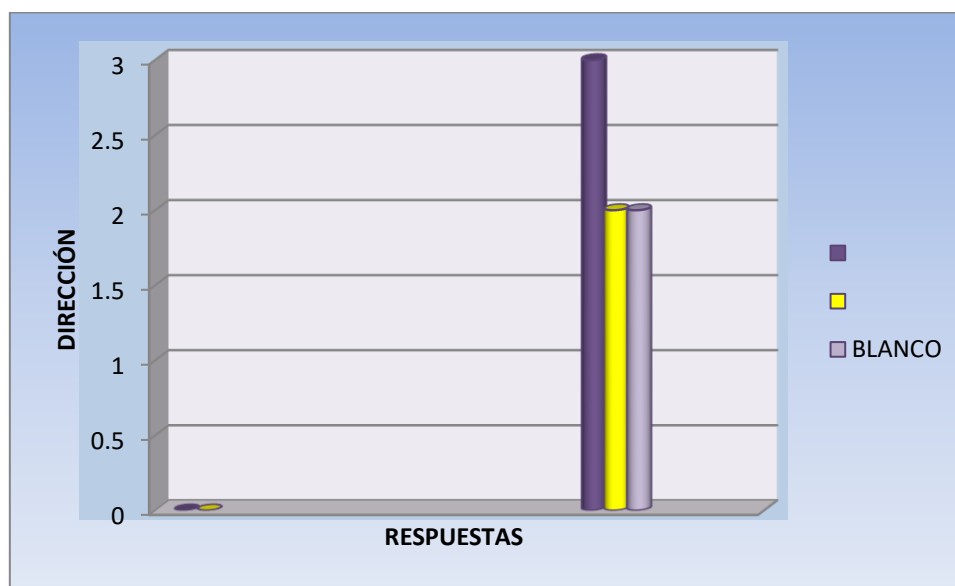
El 71 % de las autoridades entrevistadas tienen el conocimiento global de las necesidades de los usuarios y existe la emoción de participar en un programa para adultos mayores es grande incluso en los directivos, porque piensan en sus familiares y amigos que necesitan de atención con afectividad, conocen ancianos que permanecen solos y se deprimen, algunos que se tornan agresivos y negativos por falta de actividades propias de su edad.

CUADRO No. 24

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO	#	ÍNDICE
4. Cree usted que es necesario tener una Atención Especializada Integral y Complementaria para el Adulto Mayor y Jubilado, dentro de la Seguridad Social en la ciudad de Milagro.	3	2	2	7	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 24



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e interpretación de datos

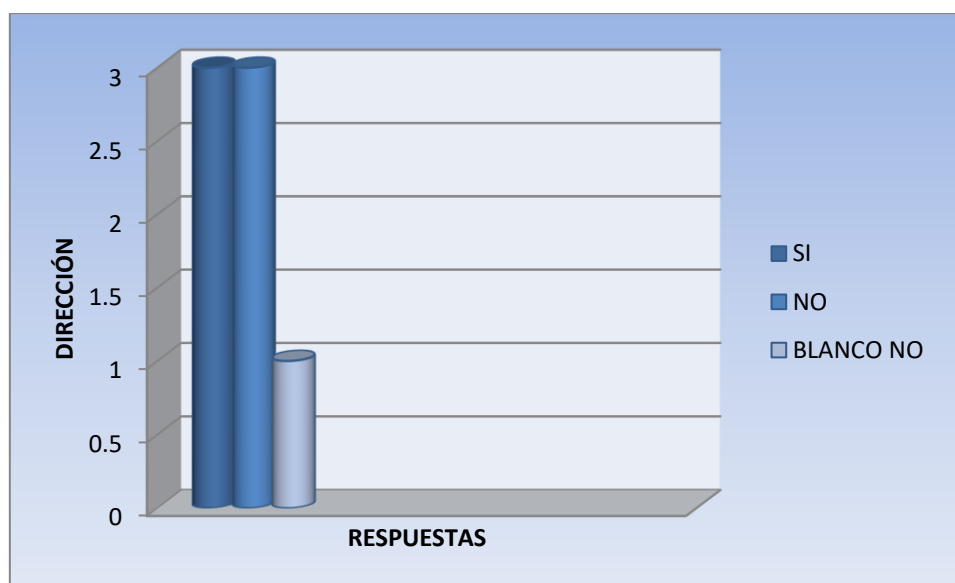
3 Pacientes afirman que es necesario, corresponde a un 42.8%. En esta pregunta se observa una contradicción, en la primera pregunta se consultó sobre la necesidad de crear un centro de atención especializada, en esta pregunta se consulta si necesitamos una atención especializada, con esta diferencia de respuestas, es sencillo darse cuenta del temor al cambio, del facilismo de los directivos.

CUADRO No. 25

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO	#	ÍNDICE
5. ¿Conoce si los galenos están preparados para promover Atención Especializada para el Adulto Mayor y Jubilado, dentro de la Seguridad Social de la ciudad de Milagro?	3	3	1	7	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 25



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e interpretación de datos

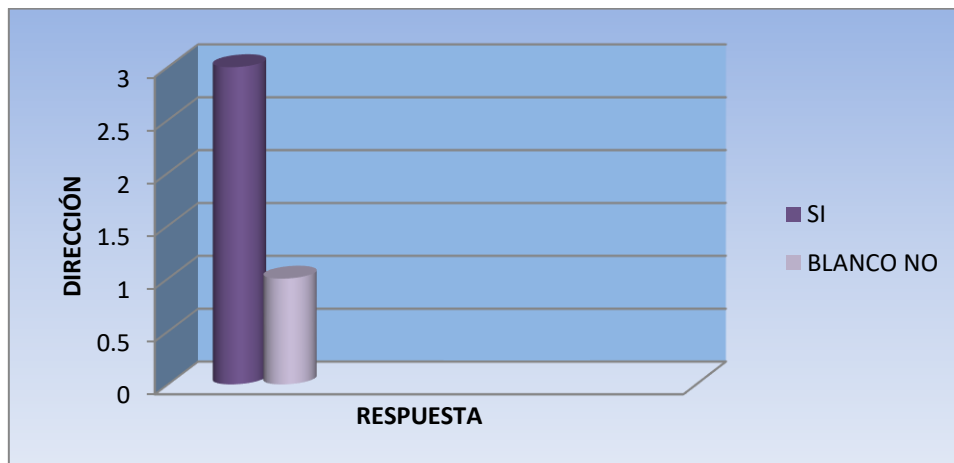
El 42.8% de la población entrevistada afirma que no es necesario, y el mismo porcentaje afirma que si. Se debe a que los médicos directivos, son profesionales orgullosos, de varios años de servicio, que consideran que lo pueden hacer todo, pero el personal joven manifiesta que existe una especialidad que es poco explotada, no existe especialidad en esta área.

CUADRO No. 26

PREGUNTAS	SI	NO	BLANCO	%	ÍNDICE
5. ¿Conoce si existe estudios previos para la creación de un Centro de Atención Especializada Integral y Complementaria para el Adulto Mayor y Jubilado, dentro de la Seguridad Social en la ciudad de Milagro?	3	3	1	7	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 26



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e interpretación de datos

El 42.8 % afirma que existen estudios necesarios, pero es la misma cantidad que afirma que no se ha hecho nada. Durante la entrevista se analizó que los directivos de mas años de servicios refieren que en las grandes ciudades se construyeron centros para la tercera edad y se desarrolló grupos de trabajo como danza y artes manuales, pero no se dio jamás una atención médica psicológica adecuada, estos centros se convirtieron en clubes de juegos de mesa, sin ninguna dirección que con el tiempo quedo abandonado.

CUADRO No. 27

PREGUNTA	NO	SI	BLANCO	#	ÍNDICE
7. ¿Existe la necesidad de formar profesionales especialistas en geriatría que se desempeñen en la atención de los pacientes Adulto Mayor y Jubilados que se atienden en nuestro cantón, provincia y país?	3	2	2	7	100

GRÁFICO # 27



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

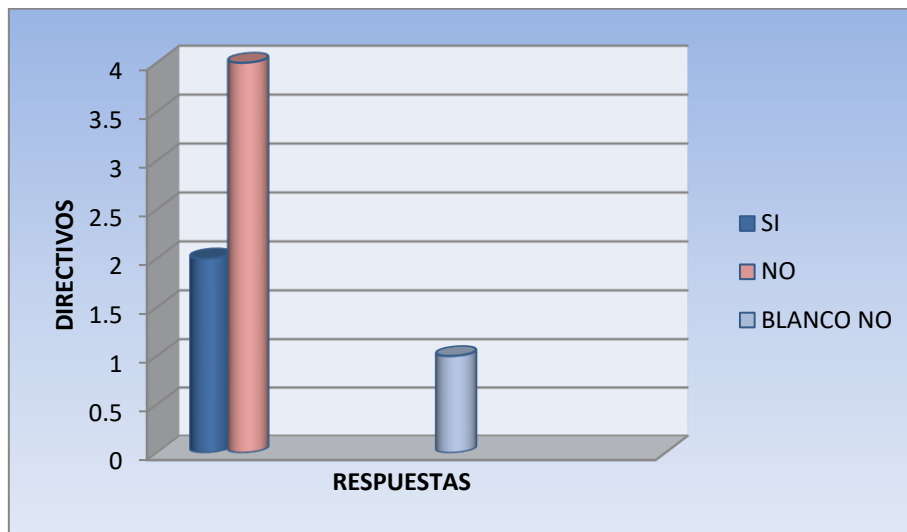
Análisis e interpretación de datos

El 42.8% Los directivos consideran que no existe la urgencia de preparar profesionales para esta especialidad, porque todos los médicos reciben materias en la universidad para atender a los ancianos, y las enfermedades son las mismas, y si existe dolencias como cardiacas, reumatoideas, diabetes, se remite a un especialista, el especialista atiende a todos los pacientes de toda edad. La especialidad de geriatría es una especialidad que no procede, según las autoridades institucionales.

CUADRO No. 28

PREGUNTA	SI	NO	BLANC	#	ÍNDICE
9. Opina que el Proyecto de Evaluación del SENRES es un proceso de previsión de competenciashospitalarias de los profesionales.	2	4	1	7	100

GRÁFICO # 28



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e interpretación de datos

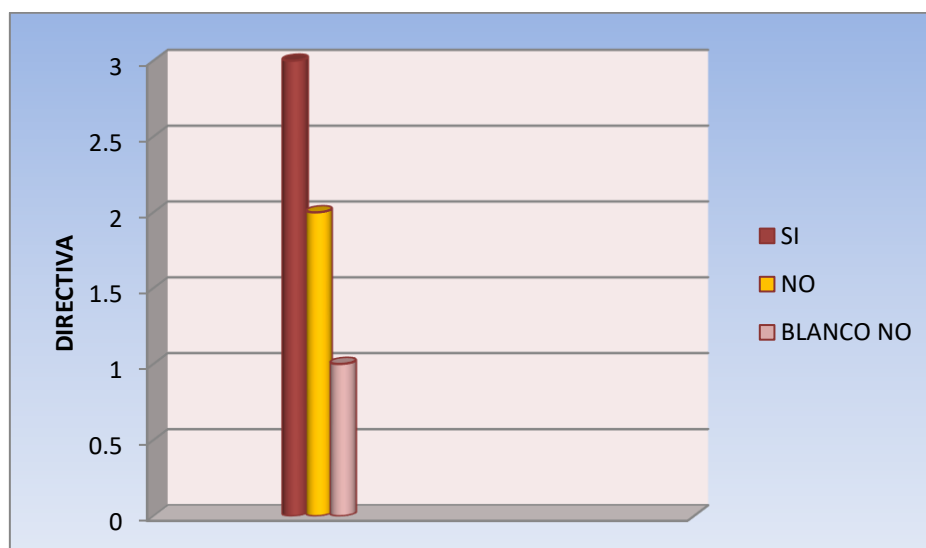
El 57% de los directivos entrevistados no aceptan que en las instalaciones de servicio público, se dieron varias evaluaciones con el propósito de mejorar la capacidad de los empleados y profesionales, en base a las necesidades reales, pero no han sido llevadas en debida forma, porque se han observado las falencias y no se han solucionado, todo lo contrario se empezó a perseguir a los empleados, por lo tanto los mismos directivos dicen que solo reciben órdenes, que ellos califican, pero los resultados se van a Quito.

CUADRO No. 29

PREGUNTA		NO	BLANCO	#	ÍNDICE
9. ¿Conoce cuáles son las fuentes teóricas y Tecnológicas de formación académica –profesional del galeno en Atención Especializada en Geriátría?	3	2	1	7	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRÁFICO # 29



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e interpretación de datos

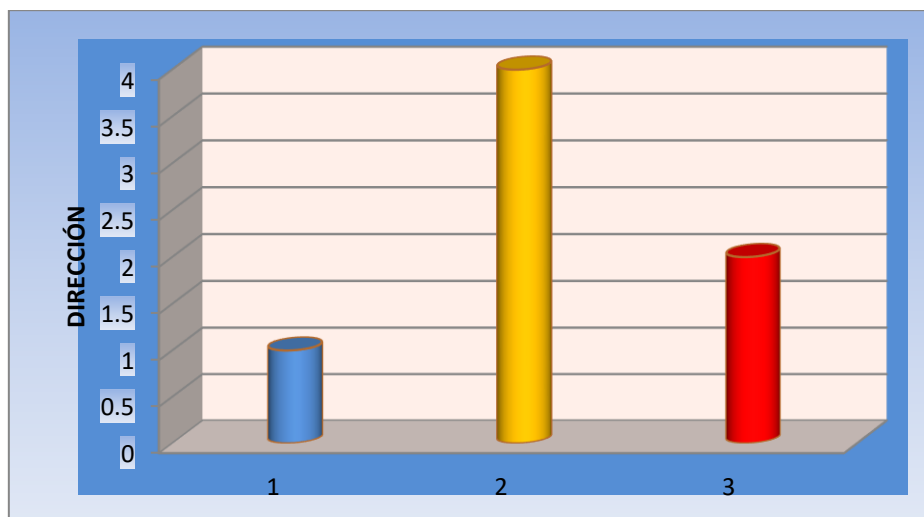
El 42.8% conoce el contenido académico de la especialidad, lo sorprendente de esa encuesta es que en nuestro hospital tenemos profesionales sabios, pero al momento de atender a los pacientes no saben dar la atención con calidez a los adultos mayores. Es alta la cantidad de directivos que sabiendo lo que se estudia y como se lleva, no hacen nada por cambiar la realidad de jubilado y del adulto mayor en general.

CUADRO No. 30

PREGUNTA	SI	NO	BLANCO	#	ÍNDICE
10. ¿Conoce las necesidades que existen en nuestro Cantón, Provincia y País, para formar profesionales de la salud que desempeñen una Atención Especializada Integral y Complementaria para el Adulto Mayor y Jubilados?	1	4	2	7	100

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 9 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

GRAFICO # 30



Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

Análisis e interpretación de datos

El 57% de los directivos no conocen la gran necesidad de crear una nueva especialidad para los adultos mayores, en todas las unidades de salud debería existir un especialista en geriatría, y atención psicológica para que el adulto mayor permanezca en un estado mental activo. La especialidad es muy escasa, todos los especialistas manipulan a los adultos mayores sin la preparación necesaria dentro del campo afectivo – emocional.

4.3. DISCUSIÓN.

Dentro de la atención que reciben los adultos mayores en el Hospital del IESS Milagro, como resultado de las encuestas existe un acuerdo de la mayoría de las personas; la atención que reciben estos pacientes Adultos Mayores, es pésima. Debido a la falta de atención especializada.

Los pacientes adultos mayores, no tienen un lugar apropiado para recibir atención médica, son atendidos en los mismos consultorios que reciben los-asafiliados activos, creando conflictos permanentes por el orden en que son atendidos, existen varios médicos que se molestan cuando el paciente adulto mayor asiste a consulta solo, y dos a tres veces a la semana, producen desorden en la atención programada y la saturación de varios servicios.

En su mayoría los encuestados afirman categóricamente que es necesario crear un centro de atención especializada para el adulto mayor y que no sea exclusivamente atención médica, sino una atención integral, con ayuda psicológica y talleres de terapia ocupacional, deberá ser un lugar donde puedan permanecer la mayor parte del tiempo durante el día, mientras los integrantes activos económicamente de la familia a la que pertenecen permanezcan fuera de su hogar.

Este centro de atención especializada no funcionaría sino existe un programa de atención diseñada para ayudar al paciente destinado a ayudar al paciente a sobrellevar el envejecimiento con dignidad, formando parte de un grupo especial donde puedan compartir sus dolores y conflictos emocionales por la soledad propia de su edad. El programa debe tener actividades secuenciales que desarrollen su capacidad de adaptación y autocontrol.

Una de las razones para que los afiliados al Seguro Social que asisten a la consulta médica en el hospital del IESS de Milagro, juzguen como una mala atención a los adultos mayores, catalogándola inclusive de pésima, es definitivamente porque no existe personal especializado para el trato a este grupo de pacientes. Desde el área administrativa, personal de auxiliares y enfermeras profesionales, médicos. Es fácil darse

cuenta que no existe capacitación del personal en base a las verdaderas necesidades de los afiliados.

Con estas falencias en la atención al adulto mayor, todos están de acuerdo con las autoridades para crear nuevas especialidades para evitar aglomeraciones en determinados servicios muy necesarios para los adultos mayores, coinciden además en la imperiosa necesidad de crear un programa de atención especializada que con el tiempo formar un centro de atención especializada para adultos mayores.

Dentro de las encuestas realizadas a los médicos, existe una coincidencia notoria, completamente opuesta a los criterios de los usuarios, los médicos afirman que se consideran que si están aptos para atender a este tipo de pacientes; en especial se observó que los médicos más jóvenes, post gradistas y médicos residentes asistenciales están de acuerdo con tener la capacidad necesaria, y la preparación técnica para atender a los pacientes adultos mayores, se obtiene como criterio compartido que existe falta de capacitación en el hospital, y de estudios internos para descubrir las verdaderas necesidades de los usuarios.

Una cantidad preocupante de médicos y paramédicos de esta institución que alcanza un 46,6 % consideran que no es necesaria la creación de un centro especializado para atender exclusivamente para los adultos mayores, en su mayoría los médicos entrevistados que responde de manera negativa son los médicos de planta, quienes no tienen cambio en su preparación científica y académica, son médicos que son conocidos e identificados por los pacientes y evitan ir donde ellos por su pensamiento fijo sobre los adultos mayores; “No tienen nada, solo vienen a buscar pasar el tiempo”. Médicos especialistas que consideran que la cronicidad de los pacientes adultos dificulta poder atender al resto de pacientes y se convierten en un problema en la consulta externa, ellos detienen su capacidad productiva, se lleva mucho tiempo atenderlos y no cumplen con las exigencias de la institución de atender un paciente cada 15 minutos, con ellos se necesita más de 30 para poder escucharlos y explicar sus dolencias, en su mayoría van solos.

Los médicos están totalmente de acuerdo, que no existen análisis estadísticos ni estudios realizados en este Hospital para mejorar el servicio a los usuarios. No existe la preocupación de realizar una reingeniería para ubicar a las personas y profesionales de acuerdo a sus características psicológicas de aptitud y actitud. Cada profesional y empleado cumple sus funciones con temor, nadie opina en beneficio de los afiliados, peor de los adultos mayores.

Si no existe personal idóneo para el servicio, no existe quien realice investigación para analizar las verdaderas necesidades de los pacientes, no se determina el grado de satisfacción de los pacientes, la producción es evaluada en base al número de pacientes atendidos, constituyéndose en un número y transformándose la atención en un mecanismo simple de emisión de recetas, con la coincidencia que todos los pacientes tienen los mismos medicamentos, se ha observado casos de ciertos médicos que tienen secretarías que realizan las recetas y escriben las indicaciones, siendo el mismo medicamento para todos, en los adultos mayores incluyen siempre píldora para la hipertensión y a los más molestos, tranquilizantes y somníferos.

En la actualidad han suspendido la psicoterapia de grupo que recibían los adultos mayores para sustituir ese tratamiento con fármacos psiquiátricos, que mantienen al paciente sedado, consiguiendo así que no asistan con frecuencia a la consulta médica, en su mayoría los médicos especialistas, al no encontrar la manera de ayudar a los adultos mayores, lo remiten al médico psiquiatra.

La suspensión del área de psicología, incrementa pacientes crónicos, que son sedados, no reciben tratamiento de psicoterapia de grupo, se observa gran cantidad de pacientes adultos mayores en las sillas de espera de los especialistas para poder conversar con las personas que asisten a consulta, en su mayoría mantienen conversación con pacientes de similares condiciones, intercambian experiencias de los diferentes especialistas y comparan sus recetas, y confirman que dan las mismas medicinas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1. Conclusiones

- El servicio médico que reciben los adultos mayores en el Hospital del IESS Milagro merece atención.
- Los pacientes adultos mayores son atendidos indistintamente, sin consideraciones especiales, sin atención preferencial, no se dispone de un consultorio específico para atender a los adultos mayores.
- Los pacientes adultos mayores producen saturación en varias especialidades del hospital del IESS.
- No existe un programa específico diseñado en base a las necesidades físicas y psíquicas para atender a los adultos mayores.
- El IESS como institución dispone de espacio suficiente para construir un Centro de Atención Médica Integral Geriátrica.
- No existe investigación científica por parte de esta institución de la seguridad social, para determinar las necesidades reales de los pacientes adultos mayores y de ninguna área específica.
- Las necesidades de los pacientes adultos mayores no están centradas únicamente en las afecciones disfuncionales, en su 95 por cientos son psico-afectivas producidas por los trastornos de adaptación.
- Los pacientes adultos mayores que asisten por varias veces, representan una carga para la institución y son remitidos a psiquiatría.
- No reciben psicoterapia, solo medicamentos tranquilizantes, antidepresivos y somníferos.
- Los especialistas emiten las mismas recetas a todos los pacientes adultos mayores, incluyen medicamentos somníferos.

5.2. Recomendaciones

- Mejorar el servicio que reciben los adultos mayores en el Hospital del IESS.
- adecuar un consultorio médico, destinado para atender a los adultos mayores.
- Apertura de una ventanilla de atención e información a los adultos mayores.
- Nombrar una enfermera con condiciones psicológicas indispensables para atender a estos pacientes.
- Crear una nueva especialidad para los pacientes adultos mayores para evitar que produzcan saturación en las diferentes áreas de especialidades.
- Reaperturade la consulta psicológica, tratamiento psicoterapéutico, terapia ocupacional, para los adultos mayores.
- Organizar psicoterapias de apoyo emocional de tipo grupal.
- Organizar psicoterapias familiares de inclusión familiar.
- Programar eventos de capacitación a diferentes centros laborales a fin de preparar a los futuros jubilados para la inserción al grupo.
- Diseñar y elaborar un programa especializado para atender a los adultos mayores, en equipo interdisciplinario.
- Capacitar al personal médico y paramédico, previa una selección especializada, tomando en cuenta el tipo de personalidad, sus aptitudes y actitudes específicas de idoneidad para el tratamiento con este grupo de pacientes.
- Programar charlas en las salas de espera para prevenir las enfermedades crónicas en los adultos mayores.
- Incentivar, motivar a la familia de adultos mayores a participar en las actividades integrales.
- Desarrollar un proyecto conjunto con el MIES, para emprender un trabajo amplio para el tratamiento del adulto mayor de tipo integral.
- Utilizar la infraestructura y los materiales humanos para construir un Centro de Atención Médica Integral Geriátrica.

CAPITULO VI

PROPUESTAS Y ALTERNATIVAS.

6.1. PROGRAMA PARA LA INTEGRACIÓN DE UNA ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA EL ADULTO MAYOR, DENTRO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA CIUDAD DE MILAGRO PROVINCIA DEL GUAYAS.

6.2. Justificación

Este proyecto tiene la finalidad de reunir las condiciones necesarias para desarrollar un programa de atención especializada en Geriatria que coadyuvaría a buscar el bienestar de los pacientes adultos mayores, dentro del Hospital de IESS de Milagro y de la Seguridad Social. Proporcionará un alivio a los conflictos que representan las aglomeraciones en consulta externa, con un Sistema Preventivo, se disminuirá los gastos como prestadora de servicios, como unidad de negocios les quedará más espacio para obtener utilidades con pacientes que aporten, al contrario que ellos constituyen un egreso. La nueva política del Consejo Directivo, como órgano regulador del sistema de Seguridad Social Nacional, es la de considerar a todas las Unidades y Centros de Salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social como Unidades de Negocios, donde se ve a cada afiliado como un instrumento productivo y se evalúa al profesional por el número de pacientes atendidos.

Con este tipo de servicio en que se quiere integrar al adulto mayor y a sus familias disminuirá el índice de saturación de paciente reincidentes en la consulta externa, ellos no reciben una solución inmediata de tipo físico con ayuda de médico, necesitan refuerzo emocional, psíquico y una reivindicación social, actividades que le capaciten para integrarse a un sistema capitalista de consumo, donde cada quien es analizado por lo que produce, disponer de un centro especializado donde el anciano no solo reciba

tratamiento médico, sino integral, incluyendo una atención de tipo psíquica, se incluirá actividades de integración psicosocial, se recibe capacitación en psicoterapias ocupacionales, análisis diagnóstico de sus falencias psíquicas y físicas, en un programa interdisciplinario que funcione bajo programa preestablecido, donde todo el personal que integre el programa trabaje en conjunto, el paciente será remitido dentro de la especialidad para alcanzar su bienestar total, tanto física como síquicamente; como lo determina la constitución, en la búsqueda de una vida mejor, más digna y más participativa. Todos los seres humanos llegaremos a esta edad y etapa donde cesan nuestras funciones productivas, psíquicas y emocionales, convirtiéndonos en seres imposibilitados para continuar con vida normal, produciéndose una retrospección emocional y física que nos remonta a la primera infancia, época en la que nuestro comportamiento se centra en la búsqueda de protección a través del afecto.

Los beneficiarios de este proyecto seremos todos, los habitantes del sector, iniciando por los afiliados, porque todos caminamos a ser adultos mayores, todos recorreremos el mismo tiempo, unos más rápido, otros más lento pero llegaremos a ser viejos; todo el trabajo y la entrega diaria que hemos tenido disminuirá lentamente nuestras fuerzas, si un día caminamos con elegancia, garbo y coquetería, pronto nos veremos arrastrando los pies, usando un bastón. Sin poder evitar todos envejecemos, si hoy somos grandes y fuertes después de cualquier amanecer estaremos formando parte de los viejos esos que buscan afecto, seremos otros de esos viejos que estorban a todos y que todos quieren deshacerse de ellos.

Si hoy no nos preparamos para crear un medio acorde con nuestras necesidades, en un futuro mediato, estaremos condenados a ser otro más de ellos, “de esos viejos”, en este trabajo se expone el funcionamiento de Centro Integral de Atención Geriátrica, con habitaciones cómodas, donde comparten los huéspedes con personas de su edad, haciendo de ese centro su hogar; no se lo considera como un Hospital, más bien es tomado como un hotel de lujo, con toda una ergonomía especializada en las necesidades del adulto mayor, tomando en cuenta que sus funciones físicas y mentales se van deteriorando, existen pasillos con pasamanos y pisos apropiados para el traslado en silla de ruedas, en este centro está prohibido el uso de sillas de ruedas y bastones para el desplazamiento salvo casos de extremas dolencias diagnosticados por los médicos.

Los huéspedes de este centro serán dependientes por alguna enfermedad, pero también quienes escogieron permanecer en este centro para disponer de una vida más acorde con sus necesidades, entre los integrantes del centro organizaran varios eventos de competencia y convivencia en las que son motivados con premios simbólicos para mantener el interés de los participantes.

El centro dispondrá de áreas recreativas, salas para el desarrollo de la memoria, fisioterapia, bar, música variada salón de baile y reuniones, piscina para ejercitación, puede ser de manera voluntaria o asistida por los médicos y demás especialistas. El especialista los visita con frecuencia o son llamados por emergencias.

Mientras analizamos el centro integral se comprueba cómo se cumple lo especificado en el contenido teórico, separando, seleccionando a los pacientes; es necesario conocer el trabajo realizado para observar las facilidades que se presta al proyecto y los obstáculos que faltan vencer, describiré el trabajo que se ha realizado en el hospital de IESS por el transcurso de 5 años, con el objetivo de desarrollar un programa de atención especializada para el adulto mayor. La primera actividad que se cumplió es la formación de un grupo de pacientes con condiciones comunes para establecer psicoterapias de grupo, se analizó en diferentes áreas del hospital, contando con dos médicos para este proyecto, una doctora ubicada en el área de emergencia y otra en el área de admisión de consulta externa, ellas al cumplir con su trabajo diario, realizan su entrevista de manera protocolaria y cuando encontraban pacientes con problemas familiares, o con trastornos de adaptación por el proceso de jubilación o el proceso de adaptación a su hogar, remiten al área de psicología, donde se los psicoanaliza para determinar los factores que producen las diversas patologías, se realiza un análisis psicopatológico, hasta determinar la etiología de cada trastorno; con los resultados se procede a formar grupos, estos debían ser exclusivos con trastornos de conducta de adaptación, presentando signos y síntomas reactivos como ansiedad depresión y los más comunes en todos los pacientes son con hipocondría. Por tres días a la semana reciben Psicoterapia de grupo con ayuda de Gimnasia Psicofísica, se practica técnicas de relajación, meditación y artes marciales; a fin de desarrollar el auto control. Con estas actividades

se cumplen los objetivos del proyecto en selección de los pacientes para formar el grupo de VOLUNTARIADO.

Trascurrido dos años se formó un grupo considerable, se crea estatutos y se conforma un grupo con reconocimiento jurídico y amparado en el MIES, los afiliados jubilados por edad o por discapacidades son agrupados, se continua con la psicoterapia de grupo, Trabajando bajo los objetivos del proyecto y sus beneficiarios.

Por disposición de las autoridades administrativas del Hospital de IESS Milagro el primer grupo formado de adultos mayores pasa a depender de una profesional en educación para la salud, perdiéndose la continuidad del tratamiento psicoterapéutico, este grupo por dos días a la semana reciben gimnasia física de un profesor de educación física, perdiendo el sentido psicoterapéutico de bienestar integral, y la idea de psicoterapia grupal y desarrollo sicosocial; pero permanecen unidos, realizan paseos con el apoyo del IESS, limitándose y excluyéndolos de la psicoterapia y del tratamiento integral, por representar costos elevados a la institución en lo referente a instalaciones y personal médico dedicado a un solo grupo, no se justifica su presencia.

La propuesta del trabajo ha sido crear el Centro de Atención a los Pacientes Adultos Mayores y se continúa el trabajo, en el área de psicología creando otro grupo con reconocimiento jurídico con propósitos diferentes al anterior. Ante la falta de personal especializado para la atención de los adultos mayores, a través de la psicoterapia, reciben los pacientes varias técnicas psicoterapéuticas, y los pacientes de esta áreas, una vez que obtienen el alta médica, constituyen un grupo de voluntarias-os, asociados bajo el nombre de “amigos del IESS Milagro”, el propósito exclusivo de este grupo terapéutico es la capacitación. Por más de un año reciben psicoterapia integral, incluyendo actividades de tipo ocupacional, ellos tecnifican sus habilidades con el propósito de ayudar en la atención al adulto mayor. Estas pacientes son nombradas como Promotoras, al terminar en año de instrucción, obtienen el reconocimiento jurídico en el MIES, y cumplen la función de voluntariado en los grupos de adultos mayores, con ayuda del Seguro Campesino dan ayuda y apoyo psicoterapéutico a las comunidades extra hospitalarias e integran a su grupo más pacientes, cumpliendo parte de la propuesta del proyecto.

Los procesos que se cumplieron son parte de los objetivos trazados, para constituir un grupo organizado con propia dirección y administración, en prevención de una política administrativa cambiante dentro de la institución, y una serie de interés personales en las mismas. Mientras se realizaba el proceso indicado se suspende el área de psicología quedándose sin tratamiento los pacientes y sin lugar para cumplir los objetivos planificados, se nombra a un psiquiatra en su remplazo, se suspende la psicoterapia de grupo, por considerar que no tiene justificativo, que es poco productivo, el área de Recursos Humanos suspende la actividad del grupo y prohíbe que se cumplan actividades psicoterapéuticas. Llegando al extremo de prohibir el ingreso como Club a la institución; impidiendo trabajar a los pacientes de manera voluntaria con los adultos mayores, sin importar que todos los integrantes del Club sean afiliados al IESS y amparados por el MIES.

Los beneficiarios de este proyecto son los pacientes adultos mayores y sus familiares, la creación del Club es solo un instrumento para conseguir los objetivos con facilidad, porque he tomado en cuenta que la instrucción de personal capacitado para tratar a este tipo de pacientes dentro de esta política nacional que llevamos se convertirá en una utopía, en un sueño y seremos vistos como Quijotes. Se ha diseñado un programa estructurado y ha sido llevado a cabo por los integrantes del Club Amigos del IESS de Milagro, con el propósito de rescatar las capacidades físicas y espirituales de los adultos mayores, para reintegrarse a la familia y la sociedad, el objetivo de cada integrante e incrementar mássocios a fin de desarrollar un Centro Especializado de Geriatria para toda la ciudad de Milagro, a nivel de los mejores centros de Europa.

Ejecutando un área alterna de atención especializada en Geriatria, y elaborando un programa integral se podrá solucionar el problema de atención al adulto Mayor.

6.3. Fundamentos

6.3.1. Fundamentos Filosóficos

En la juventud no pensamos en envejecer y existe un desprecio por los viejos, se los ignora y se los olvida como el juguete usado, como la ropa de moda, la falta de respeto de la misma sociedad a este grupo de edad condena a cada uno de nosotros a ser despreciados en el mañana cuando caminemos en tres pies. Si la cultura y la educación impartida no se intensifica en el respeto y consideración a la sabiduría del adulto mayor la problemática se intensifica hasta que los jóvenes empiecen a temer ser viejos.

Si se analiza socialmente el temor que inspira ser viejos, es más fácil obtener un grado mínimo de cambio conductual en el sistema imperante de prisas y ansiedades por acumular bienes, llegar a ser adulto implica adquirir sabiduría para discernir lo que necesito de lo superfluo, en la juventud todos tratan de acumular fortuna y tener dinero, se esfuerzan por rodearse de bienes materiales que no podrán gozar en su edad de oro, serán bienes que lo disfrutaran quienes nunca valoraron el esfuerzo físico y la vida que depositaron a cada paso de su existencia.

La sociedad actual es altamente competitiva y en un tipo de sociedad así, predomina la dialéctica de la producción y el consumo, de la oferta y la demanda. Se entiende que para ser tomado en cuenta hay que producir y hay que consumir. ¿Cómo se considera a sí misma la persona que a causa de su edad ya no figura en la lista de los productores, y cuyo consumo se va limitando al rubro de los medicamentos y pocas cosas más?

La sociedad es efectista y característica que viene de la mano de la recién nombrada competitividad: para poder competir en forma hay que ser eficientes; la lógica de la efectividad prevalece sobre cualquiera otra, y se impone a la lógica de la gratuidad, del encanto y de la poesía. Se buscan resultados buenos (es decir, útiles) e inmediatos. Lo no útil, lo que no tiene inmediatamente aplicaciones prácticas, no se considera importante. Así, los hombres y mujeres de esta sociedad trabajamos como locos (se supone que para vivir mejor), nos llenamos de prisas, nos contaminamos unos a otros con nuestras plagas de neurosis de angustia, y a la vez, como estamos tan ansiosos,

nunca nos sentimos satisfechos. Por lo mismo, esta sociedad efectista es también causa de muchas frustraciones.

Vivimos en una sociedad donde cada vez los centros urbanos adquieren mayor importancia, mientras los rurales la pierden. Para tener acceso de una manera más eficiente a los servicios elementales de salud y educación, la gente va acudiendo en forma imparable hacia los centros urbanos más importantes. De este modo las ciudades grandes crecen de una manera desorbitada, y se forman inmensas metrópolis donde, paradójicamente, la vida se hace cada vez menos "vivable", aumenta la despersonalización, los espacios libres son escasos, aumenta la contaminación atmosférica y acústica, y para poder vivir un poco mejor el hombre urbano huye del tumulto de la gran ciudad cada vez que puede; ansía encontrarse con la naturaleza. ¿Cómo se siente en esa urbanización de la gran ciudad el hombre y mujer de edad ya avanzada, quien teóricamente dispone de tiempo para el encuentro personal, pero que no goza de la paz necesaria ni de los espacios adecuados para practicar dichos encuentros?

Hablar de valores ha sido siempre asociado a conceptos de permanencia y continuidad a través del tiempo; los valores eran perennes, no podían cambiar: lo bueno siempre era bueno, y lo malo, malo. A la vez, eran considerados con un carácter de cierta universalidad: lo valórico en un lugar, también era considerado así en otros lugares, especialmente si se trataba de valores importantes. Hoy muchos se preguntan si se puede hablar de valores verdaderamente universales, que sean aceptados de la misma forma en casi toda la geografía de nuestro extenso mundo; más bien creen que se ha producido una grave mutación en el campo de la percepción valórica, y que ya algunos valores que parecían importantes, hoy no se consideran así, y que otros lo son pero sólo en determinados ámbitos espaciales o personales. Es lo que se ha venido en llamar relativismo moral: como si valores tan importantes como la verdad, justicia, responsabilidad laboral, honestidad profesional, amor y sexualidad, etc. fueran apreciados y tomados en cuenta de manera muy distinta por unas personas y otras.

Los estudiosos de las transformaciones sociales aseguran que vivimos una aceleración histórica sin precedentes: las transformaciones tecnológicas, sociales, políticas, económicas, culturales (¿morales?) a las que asistimos, son casi vertiginosas. Se habla

de un síntoma psico-sociológico denominado "shock de futuro" y que consistiría en una especie de miedo de muchas personas a quedar atrasadas, a no vivir no ya el presente sino alejadas del futuro. Se aprecia este síntoma por ej. En el campo de la tecnología electrónica y computacional: al adquirir un producto de este rubro, (por actual que sea) casi siempre existe la conciencia de que es un producto casi obsoleto y ya superado. Y no todas las personas son capaces de encajar serenamente esa realidad, lo cual les produciría un cierto shock o desadaptación. ¿Cómo puede sentirse en un ambiente así una persona mayor, quien por definición, carece ya de una capacidad rápida de adaptación?

Ya en la mayoría de los lugares ha perdido vigor la antigua familia extensa, la familia de la casa grande, casi patriarcal, en la que compartían naturalmente abuelos, padres e hijos, y a veces tíos y primos. Era casi obvio que las distintas generaciones compartieran vivienda, alimentación, recreación y conversación. Abuelos y nietos se cruzaban en los pasillos y habitaciones de la casa, y se transmitían de unos a otros, tradiciones, costumbres, inquietudes y problemas. El abuelo, el "adulto mayor", era figura importante en esa transmisión de cultura, y él se sentía importante; en la familia extensa había un sitio para él, y en ese sitio cumplía un rol que era irremplazable. En la sociedad actual no hay espacio para ese tipo de familia; esta se ha reducido al núcleo mínimo de padres e hijos (muy pocos). La sociedad influido en el pensamiento de la humanidad y cada quien vive individualmente, mientras más independientes de los padres mucho mejor, en varias sociedades cuando cumplen la mayoría de edad los hijos abandonan a los padres, y estos tendrán que envejecer juntos, en su gran mayoría solos exiliados por sus bastos, que ya no necesitan de su viejos padres porque ellos son soberbios en su juventud. Y lo serán hasta que sus hijos los aíslen y el círculo vuelva a repetirse. Quedarse solos una vez más, una nueva generación que ocupara el sitio dejado por los padres de nuestros padres y...¿Qué rol pueden desempeñar muchas personas mayores en un lugar donde ya no se les da cabida?

Hoy el ciclo de vida es más largo que antaño, la gente vive más tiempo que antiguamente, la adolescencia es también más larga que antes. Pero no se ha resuelto el modo de vida, el cómo vivir estos años de prolongación. ¿La biografía de las personas que viven más tiempo, es también una biografía más intensa e interesante, o el individuo la siente como estéril y vacía de contenido?

A pesar de algunos de los factores negativos que hemos nombrado hasta ahora, existen otros que son positivos: muchos jóvenes, y también adultos, tienen clara conciencia de la igualdad básica entre todos los seres humanos, sean hombre o mujer, o de la raza y condición social que sean. Se ha desarrollado con fuerza la toma de conciencia respecto a la defensa de los derechos humanos en general, y de los derechos de la mujer en particular; hay un mayor sentido de justicia y de que la existencia de multitudes azotadas por el hambre, que apenas sobreviven en condiciones inhumanas, es una flagrante injusticia que clama al cielo. Junto a esta mayor sensibilidad que se percibe en ciertos sectores de la población, se ha desarrollado también una mayor sensibilidad hacia la defensa de la naturaleza y del equilibrio ecológico.

FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS.

La parte psicológica del adulto mayor presenta cambios muy radicales que se manifiestan en la modificación de diferentes actividades y comportamientos de la juventud, cambiando sus conceptos y su perspectiva de vida.

⁵El adulto mayor teme que le quede poco tiempo: debe crear, debe proyectar realidades, ha de trascender y dejar huella; suele aparecer el temor al daño físico, como hipocondría que le hace estar atento a cualquier trastorno, teme excederse y no resistir un ritmo fatigante y reaparecen los temores adolescentes de hacer el ridículo, se afecta en su narcisismo.

Tres emociones presiden la vida del ser humano: el miedo, la cólera y la ternura; que en cada etapa de la vida adquieren diferentes matices, que se modifican en función del objetivo de la tendencia de cada una en el momento concreto.

⁵ Tomado de <http://www.enplenitud.com/psicologia-del-adulto-mayor.html#ixzz1S5mKF0pF>

En la infancia es egocéntrica, en la adolescencia es social y en la madurez es práctica. Lo importante para el equilibrio interno es armonizar la fuerza de la emoción con la compensación de la tendencia para una canalización adecuada.

Y esto se complica en la etapa de la adultez mayor porque:

- **Miedo:** como emoción es algo que se impone al adulto mayor, sin necesidad de planteamientos racionales que den explicación lógica a lo que siente, miedo a todo lo que pueda dañar la integridad física, tras años de lucha profesional para conseguir una estabilidad económica. Esto explica la previsión, ahorra cuanto puede, para protegerse a sí mismo o a su descendencia; además desea conservar el prestigio.

El daño emotivo que se acerca le agobia y su reacción resulta dramática, no-menos real. La previsión en este terreno, sólo puede lograrse si otros contenidos más hondos le han dado plenitud y conciencia del propio valor.

- **Cólera:** emoción básica, poco estudiada y muy mal tratada, adentra sus raíces en el conjunto de las emociones que la filosofía tradicional ha denominado virtudes o pulsiones irascibles que se vinculan a la agresividad.

En el adulto mayor la cólera aparece cuando el mundo “lógico y ordenado”, que se ha construido tras años de lucha, se ve alterado por “algo” que no encaja; cólera difícil de controlar porque nace en capas hondas del ser humano. Lo que la desata es aquello que le resulta ilógico, inesperado y carente de sentido, no es el dato objetivo lo que le molesta, sino el torbellino emotivo que remueve tal dato. La emotividad queda como desamparada, con peligro de desencadenar –otra vez- la agresión física o la verbal, porque son los modos aprendidos.

Es la explicación a conductas de crisis agresivas, protestas colectivas verbales, en una sociedad afectivamente mediocre y emotivamente envejecida; la cólera del adulto mayor se acrecienta ante su propio sentimiento de impotencia, frente a la gran máquina que impide sus sueños. No encuentra la salida en la creatividad y la originalidad, entonces vivirá en permanente cólera.

· **Ternura:** es la emoción más compleja y en la edad adulta de hace práctica, identificando lo práctico con lo pragmático, lo rentable, que da beneficio o reporta una ventaja sin ser “esperar, lo interesada”, es más sosegada, agridulce, como dar sin apenas que no le quita emotividad.

Aparece un amor incondicional, que sabe dar, quiere dar, que sabe renunciar sin angustia ni ira, éste es el carácter práctico; no es ternura sexualizada y erotizada, sino una ternura madura y coherente, precedida por el principio de la realidad y no por el del placer y del interés. No es puro egoísmo, tampoco altruismo total; no pocas veces buscará ser atendido, escuchado, comprendido y en otras demostrará que sabe atender, escuchar y comprender; resulta que está buscando, sin saber, un modo “práctico” de llenar su necesidad de ternura.

La ternura está implicada con el miedo, el adulto mayor ama y es tierno, aunque teme dominar y desea conquistar con la misma ternura. Puede canalizar su afecto hacia quienes le aseguren corresponder a su ternura.

Es un juego misterioso y enigmático que puede plantear tensiones conflictivas en el interior de la persona, al adentrarse en las zonas de identidad del “yo”. Y que si las supera, enriquecerá enormemente a la personalidad de quien la vive, será encontrar una nueva adaptación, un reajuste vital que logre un impulso más maduro, hondo y tierno.

Es cierto que la madurez proporciona estabilidad, como también aparecen tensiones al buscar una nueva forma de vida y que tienen raíces profundas con tres manifestaciones psicológicas: tensión por frustración, agresividad compensatoria y adaptación progresiva.

La tensión por frustración se refiere a que todo ser humano está en crecimiento continuo y cualquier interrupción en este proceso lleva a una tensión, o un desajuste; esta interrupción puede ser por la presencia de un obstáculo físico, psíquico o social, o puede ser un conflicto derivado de la presencia de varios deseos de incentivos que no se alcanzan al mismo tiempo; esa tensión lleva a la frustración por no conseguir lo buscado.

La presencia de obstáculos obliga a buscar caminos de superación: el transitorio uso de mecanismos como defensas inconscientes, la aceptación más o menos soportada o el más sano, el de la adaptación equilibrada y eficaz.

Psicología del adulto mayor; *Hablar de la psicología del adulto mayor no es sencillo, porque los adultos mayores sin problemas no llegan a la consulta, las personas felices no tienen historia y no necesitan ayuda para llegar a la madurez.*⁶

Autor: Adriana Saldaña Lozano, Gloria Molina Pérez.

Esta etapa de adulto mayor, no llega de improviso, la antecede la pre-senectud, y como todo proceso tiene altibajos, ansias y temores, que pueden ser continuaciones de las etapas anteriores o ser matices nuevos por los reajustes de esta misma etapa, y hay quienes demuestran que es una adultez en plenitud.

Hay procesos superficiales de comportamiento y otros vuelven a incidir como eco de lo que se denomina fondo de la personalidad:

- **Cambios en la relación con los objetos anteriores:** no se entiende por objeto lo inanimado, también a las personas; la persona que llega a este nivel de madurez tiene que aceptar las realidades deficitarias: disminución de la memoria reciente y aumento de la memoria de evocación o nostalgia; reducción de la curiosidad intelectual, fatiga en el trabajo, disminución sensorial, motriz; todo esto perturba la vida habitual, y ahora tiene que crear una nueva comunicación y valoración para adaptarse a la nueva realidad; ha de dar a los objetos otro valor, otra dimensión; ha de buscar la gratificación o salida a sus tensiones o encontrar otras formas o renunciar a ello.

Sus reacciones y conductas pueden ser variadas, pueden regresar a épocas anteriores (infantilismo) o superar lastres y lograr un nuevo equilibrio de fuerzas contrapuestas, cambió el compás... el baile también. Esto es claro en los cambios de carácter, de conducta, en las necesidades de dominio y auto-afirmación.

⁶DESARROLLO DEL ADULTO MAYOR Y VEJEZ, tercera edición, edit. GraW Hill

En la etapa anterior daba plenitud a sus necesidades afectivas, emocionales e instintivas; en la nueva etapa, las necesidades cambiaron y no le es posible hacer un mundo adecuado a sus necesidades... y como los instintos y apetito siguen vivos, sólo le queda buscar o elegir nuevas reacciones a nivel profundo, ya sea limitando sus posibilidades o regresando a épocas infantiles.

○ **Rasgos psicológicos:** se manifiestan rasgos que habían estado ocultos tras los mecanismos de una actividad creadora o de defensa, en ambos sexos, y la personalidad se vuelve frágil, vulnerable por los agentes físicos y por el medio social; las resistencias son menos enérgicas y los sentimientos pueden centrarse en el temor.

El esfuerzo del organismo es mayor para mantener el equilibrio, además internamente se puede sentir angustia de no ser capaz de realizar los esfuerzos impuestos por la vida, de no poder soportarlos de no recuperar el equilibrio; en consecuencia, los rasgos de conducta y carácter pueden manifestarse negativamente.

Algunas manifestaciones negativas son:

- **Aislamiento:** se adopta actitud de ausencia con todo lo que sucede alrededor, solamente se adentra en la situación cuando algo afecta a sus intereses personales.

- **Apegamiento a sus bienes:** conserva todo, en la postura permanente de retener, ese comportamiento en el fondo es una regresión a etapas infantiles, entrando así los mecanismos emotivos de la autoridad, poder, dominio, sentir que se es; es tratar de mantener la propia identidad; una explicación de por qué algunos padres no son capaces de compartir con sus hijos aún cuando sea conveniente. La fuerza del deseo de poseer es más fuerte que la lógica.

- **Refugio en el pasado:** al disminuir el proceso fisiológico y ser menor la memoria de fijación y aumentar la de evocación, la vida se llena de recuerdos; es forma de revalorizar el pasado en el presente, el protagonista se siente joven al revisar hechos que le permiten acaparar la atención de los demás.

- **Reducción de sus intereses:** la vida le enseñó a ser realista y esto unido a la dificultad de asumir la complejidad de las nuevas opciones posibles, hacen que se limite el mundo al ámbito de lo que puede controlar; al tiempo que disminuye la capacidad de agresión, conserva los intereses que puede manejar y que suponen una fuente de satisfacción.

- **Negarse al cambio:** Al enfrentarse con los esfuerzos de adaptación, aparece un temor consciente de rechazo al cambio y traslado a una nueva situación, lo que lleva a una depresión profunda porque los mecanismos de defensa para sobreponerse son limitados, a la vez que así limita aún más.

- **Agresividad y hostilidad:** Cuando se presenta la necesidad de reacomodar a las personas y cosas, aparece como recurso y puede ser la única posibilidad de refugio para mantener intocable y estable el “yo”.

La pretensión de esta investigación es aportar datos que ayuden a la reflexión sobre algunos aspectos de la psicología del envejecimiento, que es al fin y al cabo la realidad de todos los adultos mayores. La palabra envejecimiento quizá suena algo dura para muchos oídos, pero es bien sabido que la sana psicología recomienda evitar eufemismos, Y PREFIERE LLAMAR LAS COSAS POR SU NOMBRE.

- Autopercepción psicológica del Adulto mayor:

Vistos a grandes trazos algunos de los rasgos de la sociedad actual, podemos ahora referirnos a algunos aspectos psicológicos del adulto mayor. Ellos se relacionan con la manera que el individuo, enfrentado a la realidad de su envejecimiento, tiene de percibirse a sí mismo.

Pérdida de Autoestima.

Sabemos que la manera de percibirse es lo que permite la propia evaluación, y que esta última (propia evaluación) es el proceso psíquico conocido como Autoestima. Que nuestra autoestima sea positiva o negativa, en alza o en baja, no es indiferente; de nuestra autoestima depende la manera que cada uno tiene de enfrentar la vida, valorarse a sí mismo y valorar a los demás, y de ella depende en gran medida también, la manera

más o menos airosa, exitosa, que cada uno practica para enfrentarse a los conflictos y dificultades de la vida.

El hombre o mujer actual, enfrentado a la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad con las características que hemos enumerado en el apartado anterior, es probable que viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como una especie de marginación social. Es fácil que se sienta a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan con él. Y a nivel familiar, que es el lugar donde aún podría sentirse tomado en cuenta, la nueva realidad de la familia nuclear permite que el abuelo vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia sea tan necesaria. No es raro, por lo tanto, que algunos (quizá muchos) ancianos sufran la experiencia de vivir su autoestima en serio menoscabo.

Pérdida de la facilidad de adaptación.

Al llegar a una edad mayor, la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella, y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés. En realidad esto ha pasado siempre y en cada una de las etapas evolutivas del individuo: nunca los intereses han sido ni serán los mismos para todos o la mayoría de las personas, sean de la edad que sean; pero ahora, a esta edad, el problema se agudiza, pues viene sazonado de otros tintes de marginación social. Por eso el anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación: son las motivaciones o refuerzos sociales. Al carecer de dichas herramientas le es difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias.

Así, puede aparecer como persona algo rígida, "chapada a la antigua", aferrada a su sola experiencia tan importante para él o ella, pero que siente que la sociedad no se la valora en la forma que la persona anciana considera que sería lo justo. La agresividad y fácil irritabilidad (verbal o gestual) que muestran algunas personas mayores, podría estar relacionada con este sentimiento de la propia difícil adaptación, sentimiento que se ve agravado por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos ancianos.

Hacia una salud psíquica preventiva:

Ante todo, el adulto mayor, la persona de tercera edad, el anciano, es protagonista de su propia vida y de su propia salud física y psíquica. Evitar en este campo, como en todos, actitudes paternalistas en las que la solución viniera desde otras esferas ajenas a los mismos protagonistas, es ya una buena medida preventiva. Todas las instancias de la sociedad deben relacionarse y conectar entre sí para producir "redes de seguridad" en beneficio de los seres más desvalidos, pero cuidando que los mismos sujetos sean (dentro de lo posible) agentes de su propia liberación.

En los hospitales existen prevalencia de pacientes adultos mayores que representan gastos para las instituciones públicas de salud y para la seguridad social, en su mayoría buscan atención integral, no son medicinas las que buscan los adultos mayores buscan soluciones para su cambio dentro de la productividad, para su estado afectiva, para su tiempo libre.

Con la prevención se eviten los altos costos de hospitalización y se puede recuperar en parte la capacidad productiva del país.

Educación en la verdad:

De ahí que una de las primeras medidas preventivas en salud psíquica, promotora de hombres psicológicamente sanos, sea la de la buena educación. Esta empieza desde la infancia y se desarrolla a través de las distintas etapas de la vida; no termina nunca. Buena educación significa educación para la vida, para la verdad de la vida, para enfrentar los gozos y esperanzas de la vida, pero también sus angustias y tristezas; educarse bien significa prepararse para el conflicto, contrariedades y estrecheces, igual que para las holguras y abundancias; significa prepararse para aceptar y asumir la verdad, esa verdad que según el Evangelio es las que nos hace libres (Jn. 8, 32).

En nuestra cultura latinoamericana somos artistas para el eufemismo, para cambiar nombre a las cosas para que estas suenen bien; somos artistas para eludir los conflictos en vez de enfrentarlos y solucionarlos. Tenemos miedo al enfrentamiento y preferimos el ocultamiento; nos parece que si los problemas permanecen debajo de la alfombra ya están tapados y que por lo tanto no existen. **Con tal política de avestruz nos cuesta**

encontrar las verdaderas soluciones a los verdaderos problemas. Y a nuestros niños los educamos en esa política del disimulo, que a la larga los incapacita para crecer en fortaleza. Así no los preparamos para la realidad de la vida. Si desde niños educamos en la verdad a nuestros hombres y mujeres, cuando lleguen a situaciones y momentos de la vida más difíciles estarán mejor preparados para enfrentarlos y salir airoso de la prueba.

La mayoría de las veces no aceptamos el disminuir de nuestras fuerzas y las capacidades físicas, aunque sean compensadas con las habilidades de liderazgo, se ven disminuidas por maneras de la idiosincrasia latina que nos valoramos por un aspecto físico y material, existen muchas propagandas para no aceptar la parte negativa de la vejez, existen cremas para las arrugas, tintes y mas chucherías para prolongarla belleza de la juventud, consiguiendo con eso solo un desgaste físico y económico.

Hemos visto aspectos negativos de esta edad, y sobre todo los sentimientos derivados de la autopercepción que el individuo tiene de sí mismo al llegar la edad de su retiro y jubilación. Pero no todos los cambios de esta edad son negativos, o los que lo son no siempre obedecen a "problemas de la edad"; también existen aspectos positivos.

Uno de los aspectos positivos más importantes de la tercera edad es la capacidad de estabilidad y continuidad, cualidad que proporciona al anciano la aureola de persona digna de confianza, capaz de recibir confidencias y de entregar consejos sabios. Por eso, el anciano que ha sido bien educado en la verdad, al llegar a esta edad de la última etapa de su vida, sabe sustituir o compensar las pérdidas y defectos, por las ganancias y ventajas; se acomoda y adapta a las carencias, pero de ninguna manera renuncia a las conquistas, como veremos en seguida.

Desarrollo de una Actitud Abierta:

En consonancia con la propia verdad, el anciano, apoyado en esas experiencias previas que le han permitido desarrollar y consolidar sentimientos de autoestima, así como sentimientos positivos acerca del mundo y de las otras personas, es capaz de mantener a estas alturas de su vida, los sentimientos básicos para un ideal funcionamiento y una saludable existencia psíquica hasta el fin de sus días:

Sentimiento de Eupatía. Palabra griega que significa "sentirse bien". Consiste en sentirse y aceptarse a sí mismo como radicalmente valioso. El sentimiento de eupatía, al igual que el aprecio a sí mismo y la autoaceptación, significa que el sujeto reconoce sus cualidades y logros con sencillez, sin caer en jactancia ni fanfarronería. Al igual que reconoce sus fallas y errores, sin por eso sentirse frustrado ni fracasado. El hombre y mujer que entra en la tercera edad con sentimiento de eupatía sabe mirar al pasado no para añorarlo nostálgicamente ni para quedarse anclado en el mismo, sino para aprovecharlo y sacar partido de las experiencias, tanto gratas como ingratas.

Sentimiento de Simpatía. Palabra griega que significa "sentir con". Consiste en sentirse bien con los demás y a causa de los demás. Por eso la persona simpática suele ser una persona sociable, acogedora, a la vez que sabe aprovechar sus espacios y ratos de soledad porque también necesita calar en la hondura de la propia intimidad. El anciano "simpático", en el auténtico significado psicológico de la palabra, es aquel que, desde la profundidad de su vida interior, es capaz de salir al encuentro de los otros, y tanto en ellos como en el resto del mundo encuentra lo que es positivo, digno de felicitación y aplauso.

Sentimiento de Autonomía. Palabra griega que significa "ser uno mismo"; lo contrario a la heteronomía, que es dependencia de los demás. Consiste en la convicción de que a pesar de las limitaciones físicas que puedan existir a causa de la edad o de otros motivos, yo valgo por mí mismo, por lo que soy y por lo que a pesar de todo puedo llegar a ser. Es autónoma, desde el punto de vista psicológico, toda persona que vive la experiencia de que en lo más profundo de sí misma sigue existiendo su propio ser como algo todavía no acabado. Ahora no se trata tanto de proyectar cosas a realizar, sino de seguir creciendo como persona libre, liberada y liberadora.

Sentimiento de Anástasis. Palabra griega que significa "levantarse, ponerse en pie". Consiste en sentir, experimentar, que a pesar del peso de los muchos años, nada me impide mantenerme en pie, y que no se puede dejar de crear, pensar, producir. El anciano que vive este sentimiento vence los prejuicios y estereotipos sociales según los cuales una persona mayor carece de resolución o de valor para enfrentar situaciones

nuevas. Es la experiencia del que sabe y siente que la vida, el amor, es más fuerte que la muerte y "que el Señor endereza a los que ya se doblan" (Sal. 145, 8). Este sentimiento de anástasis es el que da también sentido a la muerte. Quien vive de esta manera anastasística, encontrando el sentido de la vida hasta el último momento, es la persona que por lo mismo, experimenta que la muerte no tiene la última palabra, y es un hombre o mujer que irradia esperanza, y se prepara a "bien morir".

Es necesario recurrir a la parte al significado espiritual de la vejez para entender la sabiduría que representa esta etapa, y es justo entender que la sabiduría crece en la experiencia, en cantidad de veces que cometemos errores a fin de obtener la verdadera felicidad, en la cantidad de caídas y de lágrimas por la equivocación.

En la juventud nos creemos sabios y estamos respaldados por la capacidad intelectual y física, retamos a dios inclusive cuando consideramos que las cosas no son como nosotros creemos y queremos que sean, pero.. Al llegar a la edad adulta entra el temor a la muerte y se incrementa el sentimiento de culpa por todas las equivocaciones, el adulto mayor en su gran mayoría se refugia en el temor al castigo de Dios más allá de la vida y se sienta a esperar el perdón... la depresión invade su actitud y su cuerpo, su fisiología se vuelve frágil, las ideas fijas y recurrentes producen un mayor desgaste, la sabiduría alcanzada en su vida no es valorada por sí mismo, solo es valorada por los demás, y en pocos casos.

En el año 1999 Jacuí Smith y Paul Baltas, escribieron sobre la sabiduría de la edad adulta tras realizar investigaciones con jóvenes, adultos jóvenes y adultos mayores, en el cual se determinó que la sabiduría de los adultos mayores es dogmática, y tiene mayor incidencia en las respuestas de "Planificación en la vida, manejo de la vida y la revisión de la vida"⁷.

⁷ DESARROLLO HUMANO sexta edición. Desarrollo intelectual y físico en la edad adulta tardía. Cap. 16 pag. 587

FUNDAMENTOS SOCIOLOGICOS.

El termino edad madura comenzó a usarse en Europa y estados unidos en el siglo XX a medida que aumento la esperanza de vida. Algunos estudiosos de las ciencias sociales manifiestan que este término ha sido construido por la sociedad y con un significado atribuido, por la cultura (**Gullette, 1998; Menon, 2001; Moen y Wethington, 1999**).

Algunas sociedades tradicionales como las castas superiores de los hindúes, en la zona rural de la India (Menon; 2001) y los GUSII en Kenia no reconoce una etapa intermedia de la adultez entre la juventud y la vejez. En otras partes de la India y en Japón, la maduración y el envejecimiento se consideran principalmente como procesos sociales que involucran relaciones y roles, no se determina por años cronológicos y cambios biológicos (Menon 2001).

El trabajo y el retiro

Quizá la temática nos obligara a analizar la constitución vigente, a su vez las diferentes leyes de nuestro país donde determinen las condiciones para jubilarse, esta etapa de la vida es significativa para el ser humano después de cumplir un ciclo productivo, en otros países, no existe la “prohibición” que los adultos mayores trabajen, o que se jubilen a cierta edad, eso lo determina cada persona en base a sus necesidades físicas, sociales y psicológicas. No como ocurre en nuestro país, que existen adultos mayores que se afirman a un cargo público y no quieren dejar, pero a su vez se resiste al cambio y a la continua capacitación. En diferentes investigaciones, más de 60 estudios de desempeño realizadas por Rosen y Jardee en el año 1998. Han determinado que “los trabajadores de mayor edad tienen mayor compromiso con su trabajo que los más jóvenes, muestran menos cambio y más satisfacción del trabajo”⁸.

En nuestro país no existen leyes que respalden al adulto mayor que quiere trabajar, los consideran poco útiles y los jubilan. Produciendo la separación de su área productiva, la permanencia en casa lo enfermará y representará un gasto mayor para el estado.

Los asambleístas, al analizar las leyes no toman en cuenta que en un 85 % los empleados de nuestro país realizaron trabajos que no corresponden a su preparación y a

⁸DESARROLLO HUMANO sexta edición. Edad adulta tardía, trabajo y retiro cap. 6 pág. 590.

sus anhelos de crecimiento espiritual, no se les permite optar por varios trabajos, cumple el que le ofrece. Si continua en ese trabajo por toda su vida, el sentimiento de frustración crecerá con su edad, sería propio permitir su jubilación aun cuando pueda iniciar su actividad de acuerdo a sus necesidades reales; en el caso de la mujer, en su gran mayoría se dedica a la docencia, por ayudar a su esposo, si se jubilarían las mujeres de temprana edad, podrían aprovechar el tiempo que perdieron cuando sus hijos crecían, el tiempo que robo a su esposo y a su familia intentaría recuperar en su edad adulta, con sanidad física y mental... Pero los señores asambleístas no consideran que sus mismas madres son mujeres, y tienen derecho a una jubilación temprana.

Nuestra propuesta consiste en desarrollar un programa de atención al adulto mayor con trabajo de integración de los pacientes y los familiares, con la participación de un equipo multidisciplinario especialistas en geriatría.

Pérdida del significado o sentido de la vida.

Dice VÍCTOR FRANKL que el vacío existencial es la neurosis masiva de nuestro tiempo; ella se produce cuando el propio ser, la propia existencia, carece de significación. Una vivencia tal acerca del propio Yo, puede desencadenar una serie de síntomas depresivos. Pues bien, es posible que la persona de la tercera edad caiga en ese tipo de depresión a causa de que su vida, tal como es percibida por el propio protagonista, carece de significado. Uno podría preguntarse. ¿Qué es primero, la depresión o la pérdida del sentido de la vida?

Es cierto, sin embargo, que esta experiencia negativa de sí mismo, no se aprecia en personas mayores y ancianas que sean más intelectuales o que permanezcan mentalmente activas. Estos hombres y mujeres, ancianos pero mentalmente activos, son también capaces de enfrentarse a la muerte con mayor serenidad que aquellos otros cuya vida carece de sentido según su propia percepción.

Adaptación al medio, a la vejez: el niño y el adulto joven buscan una adaptación al medio, no la adaptación a ser niño o ser adulto joven, porque están en fase de crecimiento; en el caso del adulto mayor, la alternativa es de morir prematuramente o

envejecer... lo que supone doble esfuerzo: adaptarse al medio más hostil y con menor número de posibilidades para sus capacidades personales y vitales; y, un esfuerzo para adaptarse a la vejez como situación estable, con el cambio o desaparición del sentido de la vida propia.

FUNDAMENTOS ECONÓMICOS.

El costo beneficio de tener adultos mayores sanos y vitales en nuestros hogares devienen en una serie de gastos que sobrepasan el presupuesto de una sola familia normal con ingresos promedios a \$.700,00 entre las dos personas productivas se reúne \$ 1400,00 en un cálculo aproximado en visitas médicas periódicas a un especialista en consultas a la semana una vez a un especialista anotamos 60 dólares, pero no es un especialista a la semana pueden requerir dos o tres en el transcurso de ocho días. Solo en consulta tenemos 18 visitas médicas a un precio menor a la consulta anotamos 40 dólares, 720 dólares, que corresponde al ingreso de uno de los conyugues responsables de la manutención del adulto mayor, este cálculo es elemental sin considerar las afecciones de tipo psicológico, siquiátrico; o lo que es mucho más conflictivo son las afecciones hipocondriacas.

Este cálculo de tipo económico en muchas circunstancias son refutadas por varios familiares y argumental que ellos, los adultos en su mayor parte son jubilados, tienen un sueldo que se ayudan y tienen la seguridad social que debe ampararlos. Si bien es cierto que se da en un amplio sector, no todos los adultos mayores reciben la atención de la Seguridad Social, quizá con el programa del bono se intenta cubrir el déficit de atención médica y social de varios pacientes de esta edad, pero aun el aporte de la presidencia es miserable si se toma en cuenta las necesidades médicas profesionales, y las medicinas.

Regresando al análisis de los requerimientos para la atención medica de un adulto mayor no jubilado, sin un aporte económico, otra opción para su manutención es la participación de los familiares en el cuidado de los adultos mayores, se dan casos en que varios hijos apoyan al cuidado de sus padres o abuelos. Pero, sigue siendo muy costoso

el material de apoyo para brindar al este tipo de paciente una estabilidad emocional y física.

Si se toma en cuenta las necesidades de esta edad, se tiene en claro que el subministro de medicinas y las frecuentes visitas al especialista no disminuye las afecciones de ellos, lo que necesitan es un bienestar físico y mental; se debe comprender que el factor emocional es más importante para sobre llevar un acontecimiento natural en el que la gran mayoría se aísla, o son aislados por sus respectivas familias. Pero estos pacientes reciben ayuda de los ministerios.

La propuesta de esta investigación son adultos mayores que tienen Seguro Social, que siendo jubilados reciben ayuda directa de la institución con medicinas, pero no reciben una atención de especialistas en geriatría, en su gran mayoría estos pacientes acuden a los especialistas que disponen la institución, como cardiólogos, urólogos, medicina, traumatólogos, psiquiatras y psicólogos con frecuencia y saturan el servicio, sus padecimientos son crónicos, pero fácilmente pueden sobrellevar sus problemas físicos, como ya se ha comprobado en este trabajo, ellos buscan apoyo emocional e inclusión. Y esto se les puede proporcionar en un centro de atención especializada, con ello se evita la saturación del resto de servicio, se proporciona una medicina preventiva, tanto de tipo psíquica como física. Se ha comprobado en varios estudios que la prevención es menos costosa que el tratamiento.

El cálculo se lo realiza de manera sencilla, si un paciente adulto mayor visita todos los días a un especialista diferente, en el Hospital de la Seguridad Social permanece el 60 por ciento de su tiempo en la institución de salud, proporcionando gastos en medicina y atención médica a la institución, medicamentos que en su gran mayoría terminan en centros comerciales clandestinos para su venta. Está comprobado que existe mayor gasto en este sentido.

En el Centro Geriátrico al relacionarse con personas de su misma edad con sus mismos intereses y necesidades pueden prolongar su vida normal, incluso desarrollan una capacidad productiva, manteniendo el contacto con la realidad por más tiempo y evitando el deterioro mental, con este medio creado para ellos se desarrolla su capacidad

emocional e intelectual, y se han dado varios casos que a la tercera edad se han producidos enamoramientos intensos y en una gran mayoría terminan en una unión afectiva.

Con lo descrito se comprueba que la institución de Servicio de Salud disminuye costos en su presupuesto y mejora la atención para el resto de los afiliados por el incremento de la cobertura hospitalaria.

El IESS dividirá la administración de los seguros obligatorios en unidades básicas de negocios, según la naturaleza de los riesgos y el proceso de entrega de las prestaciones.”
Ley de Seguridad Social.

Con estos conceptos claros del IESS se puede elaborar estudios respectivos, que determinen que prevenir es más barato que curar, con un programa de atención especializado para adultos mayores, se descongestionara los servicios y se ampliara los recursos de ingreso para el Instituto existirá ganancias y se mejora la imagen de servicio. Se mantendrá al paciente de esta edad ocupado en psicoterapias y terapias ocupacionales y se realizara medicina de prevención a fin que obtenga un buen vivir.

FUNDAMENTOS LEGALES.

Como principal fundamento contamos con la Constitución de la República en la que los adultos mayores se encuentran protegidos de una sociedad de consumo, en ella se garantiza una salud integral. A más de la máxima ley existente en nuestro país, tenemos la Ley de Seguridad Social que los ampara, tomare para su explicación diferentes circunstancias fisiológicas, sicopatológicas, y psicosociales para fundamentar con bases sólidas el por qué debemos realizar una mejora en el servicio que se merecen los adultos mayores, que nos merecemos nosotros luego de entregar nuestra vida a la mejora de la sociedad en la que hemos vivido y continuaremos usufructuando e lo que hemos sembrado en nuestra vida productiva.

El IESS como institución tiene la misión de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad,

maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra esta Ley.

La constitución pone en primer término de atención médica y social a grupos de riesgo, entre los que se ubica al adulto mayor.

La ley de Los derechos humanos determina que la atención al adulto mayor debe ser prioritaria por todos los gobiernos.

La edad adulta no está dada por la edad, ni la condición física ni psíquica, es un estado mental en la que se pierden los valores en la vida y los objetivos centrales de la misma existencia, es llegar a una encrucijada sin el suficiente ánimo para enfrentar una vida diferente, una vida nueva, existen muchos científicos sociales que consideran que esta edad es el inicio de una nueva oportunidad incluyendo a una oportunidad para ser felices, hoy encontramos en la prensa con frecuencias matrimonios de personas adultas con objetivos definidos y reales, “ ser felices el resto de su vida”

6.4. Objetivos Generales.

- Proporcionar al paciente adulto mayor una vida más saludable, productiva y digna, con la participación de sus familiares.

6.5. Objetivos específicos.

- Elaborar un programa interdisciplinario para la atención integral del adulto mayor.
- Formar grupos de adultos mayores para direccionar el tipo de atención que recibirán.

6.6. Importancia del servicio.

Cuando cesa la capacidad productiva el adulto mayor entra en un proceso depresivo, con falta de identificación consigo mismo, buscando el aislamiento.⁹ El exceso de desconfianza en uno mismo, es Síntoma de un fuerte estado de ansiedad secundario a la

⁹Enciclopedia de la Psicología Océano, Edad adulta, Tomo 4. pág. 133

necesidad de hacer frente a las exigencias del mercado de trabajo, a la hora de enfrentarse a la llamada de la demanda, las necesidades de si mismo se tornan más agudas.

El propósito es formar un grupo de médicos y paramédicos especialistas en geriatría para desarrollar un programa de atención al adulto de manera consciente de las verdaderas necesidades , no exclusivamente medicas sino también un tratamiento en base a psicoterapia de apoyo emocional, psicoterapia de grupo, terapia ocupacional, psicoterapia familiar y cumplir con metas elementales de integrar a la familia en la vida del adulto familiar, consiguiendo que él, no se sienta una carga en su hogar.

La meta de todo este personal es el bienestar Psico-físico del paciente, en esta edad existen muchos cambios internos, externos y psíquicos que deben mantener un equilibrio. El factor afectivo es uno de los principales puntos de tratamiento, por ser lo que determina el auto aceptación del paciente adulto mayor.

La institución del IESS tiene los recursos económicos en base a un crecimiento simétrico en forma ascendente, por la cantidad de pacientes que se incrementan con frecuencia, pero existe poca inversión, en la última etapa de este gobierno se han incrementado nuevos servicios, pero al adulto mayor se le continúa marginando.

Lo más importante para el sistema de atención de la salud y cuidado social es adecuar los recursos con que cuenta a las necesidades de la población que envejece para mejorar su eficacia. La ley constitucional apoya y defiende los derechos del adulto mayor y exige se brinde atención preventiva especializada y oportuna.

El IESS como institución tiene la misión de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra esta Ley.

Existen diversos edificios del IESS que están siendo sub empleados, el Club de amigos del IESS Milagro han acudido a La ciudad capital a solicitar uno de estos edificios para

realizar sus trabajos de terapia, pero reciben una respuesta negativa, y les refieren que los responsables de esas propiedades son las autoridades del IESS de la Regional. Se investiga que la Cruz Roja y otras instituciones ocupan estas propiedades, pagan un arriendo, pero las autoridades desconocen los trámites respectivos para recuperar estos bienes.

6.7. Ubicación Contextual

Localidad. Hospital “Dr. Federico Bolaños Moreira” Del IESS

Provincia. Guayas.

Cantón. Milagro

Ciudadela. San Miguel.

Dirección: Entre las avenidas Jaime Roldós Aguilera y Malecón, calles “A” y “B”.

6.8. Factibilidad.

La propuesta es factible si se toma en cuenta la capacidad del IESS, que en sus estatutos de la Ley de la Seguridad Social, afirma, el IESS estará sujeto a las normas del derecho público, y regirá su organización y funcionamiento por los principios de autonomía, división de negocios, entendiéndose por división de negocios que es una institución que debe producir ganancias con una inversión baja, se habla incluso de buscar los medicamentos más baratos para que exista mayor utilidad en los servicios que presta a la ciudadanía, el IESS como organización busca la desconcentración geográfica, descentralización operativa, control interno descentralizado y jerárquico, rendición de cuentas por los actos y hechos de sus autoridades, y garantía de buen gobierno, de conformidad con esta Ley y su Reglamento General.

La autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, la ejercerá el IESS a través del Consejo Directivo, mediante la aprobación de normas técnicas y la expedición de reglamentos y resoluciones que serán de aplicación obligatoria en todos los órganos y dependencias del Instituto.

Se cuenta con el apoyo de los pacientes de varias organizaciones de afiliados y jubilados y un acuerdo parcial con las autoridades del Hospital para el desarrollo de la

propuesta. Las autoridades nuevas de la institución se oponen al desarrollo de este proyecto por considerar que los adultos mayores ya no producen para generar ganancia, si se crea una especialidad para ellos podría generar pérdidas a la institución.

Se han dado los primeros pasos para la ejecución de este proyecto con la solicitud al MIES de conformar una organización con los pacientes que forman parte del programa de Salud Mental que llevan el nombre de Club de amigos del IESS, han sido aprobados los estatutos y el proceso determinara las actividades que se llevaran a cabo en el Hospital con la participación activa de este grupo de pacientes que están instruidos, ellos han recibido tratamiento psicoterapéutico para superar los conflictos emocionales y existenciales, y recibieron instrucción psicológica y médica para constituirse en un grupo de personal voluntario para la ayuda a pacientes adultos mayores, siendo en su gran mayoría personas de la tercera edad, con afán de continuar su vida productiva, compartiendo los beneficios que alcanzaron en su reinserción a la sociedad ellos son quienes multiplicaran la ayuda que se prestara cuando se integren más afiliados al trabajo iniciado.

6.9. Descripción de la propuesta

Una vez que se haya terminado y aprobado la elaboración del programa de atención médica integral para el adulto mayor, se procederá a capacitar al personal que intervendrá en la ejecución del programa, de existir personal se solicitará a través del señor Director y la Unidad de Recursos Humanos, completar el cuadro de médicos, paramédicos y empleados idóneos para formar el equipo multidisciplinario.

Cuando se incremente la cantidad de pacientes atendidos educación para la salud formara los grupos para atención y consulta médica, y quienes recibirán ayuda psicoterapéutica, y que asista a terapia ocupacional.

Los pacientes serán agrupados y se clasificarán incluso a aquellos que deberán permanecer en el hospital de día, que formará parte de la atención para la recuperación total del adulto mayor para que esté en condiciones de tener una vida digna y productiva

para él y para no representar una carga para sus hijos y familiares. En el Hospital de día recibirá sus medicamentos y la atención necesaria por enfermeras y profesionales especializados, este tipo de atención permitirá a los familiares a integrarse en la recuperación de su paciente, y recibirá afecto de su familia, que representa el factor más importante en el.

Integrados los grupos se habrá creado la necesidad de formar un centro especializado para los adultos mayores donde permanecerá la mayor parte del tiempo del día. Para ello se puede disponer de varios lugares propiedad del IESS de Milagro, hasta diseñar y planificar la construcción de un centro especializado que reúna las técnicas de construcción propias para este tipo de pacientes que han disminuido sus capacidades de psicomotricidad, y desplazamiento en un 80 a 90%, son pacientes dependientes, y considerados especiales.

6.9.1. Metodología

1.- Seminario de capacitación profesional de la salud.

Esta propuesta se concreta en primera instancia con la organización y desarrollo de un seminario de capacitación a los profesionales de la salud que forman parte de la ejecución de este proyecto.

Los temas que se contemplarán en este entrenamiento se refieren a aspectos teóricos y prácticos cuyo aprendizaje garantiza la formación profesional especializada en atención a adultos mayores; entre los temas a tratarse, tenemos:

- Definiciones básicas relacionadas a la gerontología
- Principios de aplicación de la Geriatria.
- Sistema de atención de la calidad al adulto mayor en el hospital del IESS Milagro.
- Proceso y procedimiento en la atención al adulto mayor en el Hospital del IESS Milagro.

2.- Selección de los pacientes que integrarán el grupo de adultos mayores con apoyo de emergencia y consulta externa, cumplirá un papel de apoyo trabajo social, o la

investigadora de social, para determinar el estado o estructura familiar del candidato afín de ser ella la que comprometa a los familiares a la participación en los diferentes trabajos psicoterapéuticos.

3.- Entrevistas personalizadas a los pacientes adultos mayores, candidatos por parte de Trabajo Social. **Modelo en anexos**

4.- Investigar mediante instrumentos de recolección de datos, las necesidades reales de los adultos mayores del sector de acción del Hospital del IESS Milagro.

Investigación de otros Centros de Atención Geriátrica a fin de elaborar un programa específico.

5.- Elaborar un programa de atención Geriátrico, basado en psicoterapia de apoyo emocional.

PROGRAMA DE ATENCIÓN GERIÁTRICO, BASADO EN PSICOTERAPIA DE APOYO EMOCIONAL.			
Objetivos	Actividades del programa	Fecha	Responsable
Mantener la salud psicofísica de los integrantes del grupo	Gimnasia psicofísica. Meditación Relajación	Lunes miércoles y viernes: hora 10 h. a 12 h. del día	Dr. Romero Holguer Voluntariado del Club
Mantener las funciones psíquicas	Psicoterapia grupal Psicoterapia individual	Día martes De 9h00. a 12h00	Dr. Romero Holguer Voluntariado del Club
Mejorar las relaciones familiares del adulto mayor	Psicoterapias de grupo con inclusión de las personas que permanezcan más tiempo con los pacientes. Psicoterapia grupal en áreas naturales campo,	Fines de semana. Cada 15 días Hora de salida 09.00 – regreso 18 horas. Paseos fuera de la ciudad. Una vez	Directiva del club Colaboración del IESS, Guayaquil.

	naturaleza, playa, salidas en grupo incluyendo familiares.	cada mes.	
Fortalecer el autoestima con incremento de la capacidad productiva.	Grupos de psicoterapia. Talleres familiares. Psicoterapia ocupacional	De lunes a viernes 14.00h a 17.00h. Lunes, miércoles, viernes. 14.00 h a 17.00 h. Martes, jueves. 14.00 h a 17.00	Dr. Romero Voluntariado Instructor

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 5 de enero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

6.-Implementar cursos de especialidad en geriatría, con invitados especiales.

7.-Preparar y dictar conferencias programadas a cargo del área de educación para la salud en las salas de consulta externa.

8.-Incluir a los familiares de los adultos mayores en las actividades psicoterapéuticas.

9.-Publicitar el proyecto para incrementar el grupo de Pacientes adultos mayores que deseen pertenecer al grupo de atención especializada. Mediante la revista del Hospital, la prensa, trípticos, la televisión. Etc.

10.- Solicitar a las autoridades regionales y nacionales colaboración en personal especializado para el desarrollo del proyecto y del programa.

6.9.2. Evaluación

6.9.2.1.Exante

Diagnóstico de la atención al adulto mayor que asiste al Hospital del IESS Milagro; este es un factor que merece atención. Se observa un descuido en el cuidado de la salud del adulto mayor, no se realiza actividades preventivas.

El tiempo que utiliza el especialista con el paciente adulto mayor es mínimo, y refieren que ni siquiera los examinan, solo le dan la receta de siempre, no son escuchados en sus dolencias, ni siquiera los miran en muchos casos.

Las medicinas que reciben son las mismas que reciben todos los pacientes, son medicamentos de uso general.

El intervalo entre cada cita es de dos a tres meses, no pueden comunicarse con el CALL CENTER.

CARACTERES	EXCELENTE	BUENA	MERECE ATENCIÓN
Formación médica profesional y técnica.			
Sistema de atención oportuna al adulto mayor.			
Calidad de atención al adulto mayor			
Personal médico y paramédico especialista en Geriatría			
Espacio físico destinado para la atención médica			
Medicina específica para el adulto mayor.			
Programa de atención especializada para el adulto mayor			

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 12 de febrero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

6.9.2.2. In process.

Análisis del sistema de gestión y el procedimiento que se mantiene en la Atención al paciente adulto mayor en Hospital del IESS Milagro.

CARACTERES	EXCELENTE	BUENA	MERECE ATENCIÓN
Formación médica profesional y técnica.			
Sistema de atención oportuna al adulto mayor.			
Calidad de atención al adulto mayor			
Personal médico y paramédico especialista en Geriátría			
Espacio físico destinado para la atención médica			
Medicina específica para el adulto mayor.			
Programa de atención especializada para el adulto mayor			

Fuente: Hospital IESS, Milagro. Fecha 12 de febrero 2009. Elaborado por Dr. Holguer Romero

En los cuadros presentados se analiza la mejora de los servicios médicos para el adulto mayor, prestados durante el tiempo que se mantiene en funcionamiento el proyecto, incluso se financió un viaje de capacitación en CUBA, pero para personajes que no están vinculados con el proyecto, factores de tipo administrativo y político se opusieron a su funcionamiento, y fue suspendido; pero aun con esa oposición se continuo con el trabajo por el adulto mayor, pero fuera del Hospital.

6.9.2.3. Expos.

Con esta propuesta se obtendrá una mejor imagen en el servicio de salud en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se mejorará la atención directa al adulto

mayor, disminuirá las aglomeraciones de los pacientes adultos mayores que en un porcentaje elevado presentan rasgos de personalidad hipocondriaca. Este tipo de personalidad determina una necesidad de afecto y atención.

Se tomará en cuenta el aspecto psico-afectivo, el aspecto emocional que en la actualidad es ignorado en la atención médica general.

Antes de obtener mayores y mejores resultados se suspendió el trabajo de los encargados del proyecto, se elimina la partida de medicina preventiva, en la cual estaba incluido el proyecto.

Eliminado el proyecto, las interferencias al adulto mayor continúan, el grupo formado fue puesto a cargo de una experta educadora para la salud y un profesional en educación física, sin ninguna preparación médica ni sicoterapéutica, se han organizado varios paseos y actividades artísticas con la participación de los adultos mayores que pertenecieron a ese grupo que aun labora en el Hospital.

El grupo del Club de Amigos del IESS, que estaban preparados para ser promotores de psicoterapia ocupacional e integral, les fue prohibido el ingreso de manera arbitraria, y se les impide que realicen trabajos de ningún tipo dentro del Hospital, pese a que ellos pertenecen a la institución y tiene un Acuerdo Ministerial que les capacita como parte del IESS. Se les impide ingresar como afiliados.

Este grupo de pacientes preparados en técnicas psicoterapéuticas trabajan en la ciudad de Milagro y participa en varios eventos socio-culturales representando al Seguro Social, y continúan su trabajo social dentro de la comunidad Milagreña. Participaron en el año 2010 en las fiestas de Milagro donde recibieron ovación por parte de la comunidad, y su reina; una mujer adulta mayor fue exaltada por las autoridades por su gracia y donaire. Hoy este grupo tiene un local donde se ha establecido su sede y con apoyo del MIES continúan su trabajo con los mismos objetivos, hoy detenidos por motivos políticos y administrativos de las autoridades del Hospital del IESS de Milagro.

BIBLIOGRAFÍA

- ALVARADO K**, Templer D, **BRESLER C**, **THOMAS-Dobson S**. 1995 The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *J ClinPsychol*
- ASCOFAME**.Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Y Fundación W. K. Kellog. ; 1991. Salud Familiar para América Latina. Bogotá.
- AZHARM**.Varma S. 1995. Religious psychotherapy as management of **bereavement**. *Acta Psychiatr.*
- BERGERH**.Luckman B. (1987) La vida cotidiana.
- BROWN**, Harold I. La nueva filosofía de la ciencia. Madrid: Editorial
- CARR W**. Kemmis B. (1986) Ciencia social crítica
- CAMPOS**Adalberto. 1999. La depresión: problema médico cotidiano.
- CAMPOS**Arias Adalberto. 2001. Curso y pronóstico de la depresión en ancianos. *RevMedunab*.
- CASANOVA J**. La Educación de postrado
- CASTELL M**. (1981) *Metodología y epistemología de las ciencias sociales* "Ed. Ayuso Madrid
- CERDÁDR**, **LÓPEZ J**, **TORRES H**, **FERNÁNDEZ O**, **LÓPEZMA**. 1997.*Depresión en personas ancianas*. Factores asociados. Aten Primaria.
- CORREA E**, **MENDOZA M**, **VARGAS L** y **BARRIOS E**. 1993.*atención primaria de salud para el anciano: Estudio de morbilidad geriátrica en una población del estado de Méjico*. Psicología y Salud. Méjico: Nueva Época.
- DEL REY J**. 1996. Pruebas diagnósticas: Screening. *Fundamentos de epidemiología clínica*. Madrid: Síntesis.
- DELGADO M** Llorca J. *Estudio de las pruebas diagnósticas*.MedicinaPreventiva
- DONOVAN A**, **HARTMAN T**, **OKAMOTO Y**, **SAXONC**, and **MILKOS**. 1993. Disponible en: *DEPRESSION in PrimaryCare*: U.S. Department of health and Human Services. Detection, diagnosis and treatment. *J PsychosocNursMent Health Serv*.
- DSMIV**.1996.*Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson;
- ECHEVERRÍA**, J. 1995*Filosofía de la ciencia*. Madrid: Ediciones Akal,. Manual de referencia que resulta una útil introducción a los problemas de la filosofía de la ciencia.

- ESCALA1999Nov.*para la evaluación de la depresión de Hamilton.*
- ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA**OCÉANO. 2000. la edad adulta, Ediciones océano-éxito, S.A. Tomo 4
- ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA**OCÉANO. 2000. Diccionario, Ediciones océano-éxito, S.A. Tomo 6.
- FILOSOFÍA DE LA FÍSICA**,1987. Obra clásica que analiza algunos aspectos centrales, “*FILOSOFÍA de la ciencia.*”AlianzaEditorial. Interesante y amplia introducción a los temas fundamentales de la filosofía de la ciencia.
- FINLAY**Jones R. 1988.*Life events and psychiatric illness.* Handbook of social psychiatric. Amsterdam: Henderson As, Burrows.
- FLEISS J.** 1981. *Statistical Methods for rates and proportions.* New York. John Wiley & Sons,
- GÓMEZ C** y **RODRÍGUEZ N.** 1997.Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. Rev Col Psiquiatr.
- HUSAINI BA.**1997. Predictor of depression among the elderly: racial differences over time. Am J Orthopsychiatry.
- KAPLANH, SADOCK B.** 1995. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: William and Wilkins.
- KOENING H.** 1988. Religious behaviours and death anxiety in later life. Hospice.
- LEEMS, CRITTENDEN KS, YU E.** 1996. Social support and depression among elderly Korean immigrants in the United States.Int J AgingHum Dev.
- LONDOÑO F.** 1996. AnotacionesGerontológicas. Selecta Médica.
- NELSONP.** 1990. Intrinsic/extrinsic religious orientation of the elderly: Relationship to depression and self-esteem. J GerontNurs.
- ORGANIZACIÓN**Mundial de la salud. 2001.Carga de los trastornos mentales y conductuales.
- ORGANIZACIÓN** Mundial de la salud. 2001. Informe sobre la Salud en el mundo.
- PALOMAMM,** 2001. Pendleton BF. The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being. J PsycholTheo.
- POSADA,JA,** Torres de Galvis Y. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias psicoactivas Colombia 1997. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1998. Psiquiatría 1999; 2:7-8
- REYES-ORTIZ,** C.1998.Importancia de la religión en el anciano. Rev Col Med.
- ROSIK C.** 1989. The impact of religious orientation in conjugal bereavement among olders adults. Int J. Aging Hum Dev.

SCHELDLER J, BECKA, BENSEN S. 2000. Practical Mental Health Assesment in Primary Care. Validity and utility of the Quick Psychodiagnostics Panel. J FamPract.

TYLEEA, DONOGHUE J. 1996. The treatment of depression: prescribing patterns of antidepressant in primary care in the UK. Br J Psychiatry.

TECNOS, 1983. Detallada descripción de las más actuales corrientes en filosofía de la ciencia.

SALUD Pública. 2001. 1ª. ed. Madrid: Masson;

AN
EN
EX
OX
S