

INSTITUTO AMERICANO



**TEXTO DE AUTOENSEÑANZA
TÉCNICO PROFESIONAL EN ENFERMERÍA GENERAL
MODALIDAD MIXTA
ASIGNATURA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA
TPEG0730
SÉPTIMO CUATRIMESTRE**

**EDICIÓN: 2021
AUTOR: IA**

INDICE

RECOMENDACIONES AL DOCENTE PARA LA UTILIZACIÓN DE ESTE TEXTO DE AUTOENSEÑANZA	3
RECOMENDACIONES AL ALUMNO PARA ESTUDIO Y MANEJO DEL TEXTO DE AUTOENSEÑANZA	4
INTRODUCCIÓN A LA MATERIA	5
ENFERMERÍA GERIÁTRICA.....	6
PROPÓSITO	6
UNIDAD I. CONCEPTOS GENERALES.....	6
OBJETIVO ESPECÍFICO	¡Error! Marcador no definido.
LECTURAS	6
1.1. DESARROLLO HISTÓRICO Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA	6
1.2 CONCEPTOS DE GERONTOLOGÍA. GERIATRÍA, ENFERMERÍA GERIÁTRICA, ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA	7
1.3. FUNDAMENTOS DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS	8
1.4. DESTINATARIOS DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS	10
1.5. EDAD DE INTERÉS GERIÁTRICO	10
ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	12
ACTIVIDAD ESCOLARIZADA	12
UNIDAD II. PROCESO Y TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO.....	15
2.1 PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	15
2.1 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO	21
Características del envejecimiento	22
ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	25
ACTIVIDAD ESCOLARIZADA	25
UNIDAD III. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA	30
3.1. FUNCIONES DE ENFERMERÍA	30
3.2. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES	31
3.2.1. <i>ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA</i>	32
A) HOSPITAL GENERAL Y HOSPITAL GERIÁTRICO	39
ALIMENTACIÓN	40
ELIMINACIÓN	40
HIGIENE	40
VÍAS VENOSAS.....	40
CONTROLES.....	40
MOVILIZACIONES.....	40
AUTOCUIDADOS	40
ACTIVIDAD ESCOLARIZADA	43
GLOSARIO	47
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	49

RECOMENDACIONES AL DOCENTE PARA LA UTILIZACIÓN DE ESTE TEXTO DE AUTOENSEÑANZA

Para que este modelo funcione eficientemente y realmente para que el alumno aprenda lo que en los objetivos se han indicado, es importante e indispensable tener presentes las sugerencias de estudio que a continuación le hacemos.

Al ajustarse a estas orientaciones permitirá lograr una mejor enseñanza, es decir, una enseñanza más firme, útil y funcional, con la que se habrá superado la simple memorización.

Al inicio del ciclo escolar:

- Solicitar al alumno el texto de autoenseñanza.
- Explicar con todo detalle la presentación y análisis de este texto de autoenseñanza: objetivo del curso, temas; actividades de enseñanza–aprendizaje bajo la conducción del docente (anotadas en los programas); actividades de aprendizaje que realizará el alumno; material de lectura, (introducción, resumen y antología), apartados que leerá el alumno y que servirán como marco de trabajo para la sesión y la autoevaluación.
- Presentar al alumno el cronograma de actividades por realizar durante el curso.

Al inicio de cada unidad:

- Señalar siempre su nombre, objetivo específico, objetivos temáticos, actividades de aprendizaje por realizar bajo la conducción docente, actividades de aprendizaje de manera independiente que realizará el alumno, lecturas obligatorias para el alumno y bibliografía.
- Organizar equipos de trabajo en las clases para contestar los cuestionarios.
- Señalar siempre revisión analítica del resumen y de los términos y conceptos claves.
- Buscar información complementaria (otra bibliografía, experiencias en su vida personal o laboral, internet, etc.)
- Solicitar trabajos teóricos/prácticos especificando los criterios de calidad académica.
- Cualquier duda, inquietud o interés por parte del alumno deberá resolverse de manera oportuna por el asesor de la materia.

Al término de cada unidad:

- Revisión analítica del resumen.
- Revisión de las respuestas a la autoevaluación.

RECOMENDACIONES AL ALUMNO PARA ESTUDIO Y MANEJO DEL TEXTO DE AUTOENSEÑANZA

Para que este modelo funcione eficientemente y realmente se aprenda lo que en los objetivos se han indicado, es importante e indispensable tener las presentes sugerencias de estudio que a continuación le hacemos.

Al ajustarse a estas orientaciones le permitirá lograr un mejor aprendizaje, es decir, un aprendizaje más firme, útil y funcional, con el que se habrá superado la simple memorización.

Encontrarás en este texto de autoenseñanza lo siguiente:

Objetivo del curso, temas y subtemas; material de lectura (el cual tú tendrás que leer); resumen; autoevaluación (la cual tendrás que contestar y revisar conjuntamente con el docente).

- Deberás de leer siempre el material de lectura antes de que se trate en la clase. Esto te ayudará a reconocer tus ideas-conceptos cuando los discutas frente al grupo y al docente.
- Deberás escribir tus comentarios, ideas y sugerencias ya que esto te forzará a concentrarte más en lo que estás haciendo y así aprenderás más.
- Al leer los materiales, deberás subrayar o tomar nota de lo que consideres más importante.
- Deberás tomar notas en clase y repasarlas posteriormente.
- Cuando realices problemas y respondas a la autoevaluación escribe tú mismo las explicaciones del por qué se ha hecho cada etapa o como has razonado tu respuesta.
- Mantén una sección especial de tu cuaderno para realizar las autoevaluaciones.
- Responde las autoevaluaciones con los resúmenes, antologías y lecturas previas que hayas realizado.
- Adecuar un sitio conveniente para que en el estudio se trabaje libre de distracciones como sea posible, lejos de la televisión, de la radio, del teléfono, del modular (a menos que la música nos facilite la mejor concentración), de las interrupciones de familiares o amigos y que sea un lugar cómodo y tranquilo para trabajar a gusto pero siempre y cuanto no sea acostado en una cama, en un sillón o sofá, en los cuales se acomode de tal forma que le provoquen somnolencia, debe ser un asiento cómodo pero que te mantenga atento a lo que estás leyendo, escribiendo y resumiendo.
- Elaborar un horario propio de estudio a partir de una adecuada distribución del tiempo, es conveniente dedicar de 50 o 60 minutos diarios al estudio, por lo menos 5 días a la semana, sobre todo en esta modalidad, ya que el docente se convierte en un instructor y un orientador que resolverá sus dudas.
- Tener a la mano útiles necesarios cuando se empiece cada sesión de estudio: textos, cuadernos, lápices, diccionarios, en fin todas aquellas herramientas que le servirán para realizar su estudio.
- Recorra al glosario de términos cuantas veces sea necesario para comprender los que resulten desconocidos o se tenga duda en cuanto su significado.
- Lea cuantas veces sea necesario, subraye y analice hasta comprender el contenido de cada tema.
- Cualquier duda, inquietud o interés por algún tema puede acudir directamente con el asesor de la materia.
- Confronte la sesión de respuestas del cuestionario de autoevaluación que se encuentran en la parte final de cada unidad, las soluciones a las que se llegó en las actividades y problemas que se plantearon.

Los autores mexicanos, profesores de las materias son el material inmediato al que se debe recurrir para ampliar y aclarar conceptos, ya que el verdadero estudiante no debe conformarse con los datos dados por un solo autor, es por ello que se debe recurrir a varios autores

INTRODUCCIÓN A LA MATERIA

La materia de enfermería geriátrica se encuentra ubicada en el séptimo cuatrimestre, contempla tres unidades temáticas, que se describen a continuación:

Unidad I, trata sobre conceptos generales, iniciando con el desarrollo histórico y evolución de la enfermería geriátrica, sus fundamentos y quienes son los destinatarios de los cuidados gerontológicos.

La unidad II contempla el proceso y las teorías del envejecimiento.

Las funciones en los diferentes niveles asistenciales y actividades de la enfermera geriatra, se tratan en la unidad III.

ENFERMERÍA GERIÁTRICA

PROPÓSITO

Comprende la importancia de la enfermería geriátrica como un área de atención al paciente, abarcando los aspectos psicológicos, sociales, culturales y económicos para proporcionar atención integral de calidad y calidez al anciano sano o enfermo, utilizando el proceso enfermero.

UNIDAD I. CONCEPTOS GENERALES

PROPÓSITO

Identifica los conceptos de geriatría y gerontología, y enfermería geriátrica, así como su desarrollo histórico para determinar cuál es la edad de interés geriátrico.

LECTURAS

Dhyver. Carlos. Geriatría. Manual Moderno. 2019. Cuarta edición
Rodríguez García Rosalía; LAZCANO Botello Guillermo. Práctica de la Geriatría. 3ª edición. Editorial McGraw-Hill. 2017

1.1. DESARROLLO HISTÓRICO Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA

Desde tiempos remotos los seres humanos nos hacemos las preguntas tales como, ¿qué causa el envejecimiento?, y los problemas del envejecimiento, en la antigüedad los ancianos eran muy respetados, ocupaban unos puestos notorios en la jerarquía de la familia y las sociedades antiguas. En la actualidad dependiendo del nivel económico, el entorno y el status social se les tratan mejor o peor.

Los griegos cuestionaban si merecía la pena cuidar a los ancianos q no podían valerse por si mismos, aunque Platón defendía que era en la vejez cuando el hombre alcanzaba mayor armonía en sus facultades mentales.

Cicerón fue el primero que escribió sobre los ancianos se habla de normas higiénicas y nutricionales para conseguir la longevidad.

En la Edad Media aparece la asistencia custodial dada en lugares regenteadas por órdenes religiosas.

En el Siglo XIX aparece un tipo de asistencia semejante a la de la Edad Media, es la beneficencia que recoge a los ancianos desvalidos con el único fin de recoger a los ancianos y darles alimento y cobijo.

El término geriatría aparece en 1909 gracias a JL Nacher en su libro "las enfermedades geriátricas en las personas de edad y su tratamiento".

Con respecto a la enfermería geriátrica aparece en 1930 Marjorie Warren, debido a la cantidad de ancianos que habían en las salas con polipatología y que eran tratados de las más urgentes o inmediatas, por esto Warren intervino aplicó los cuidados y la rehabilitación necesaria para que los ancianos pudieran volver a integrarse en su comunidad.

En 1946 se crea en Gran Bretaña la primera especialidad en geriatría, en este mismo año en Valencia el Doctor Beltrán Baguena realiza los primeros cursos de doctorado en geriatría.

En 1948 se crea la sociedad española de gerontología (SEG) presidida por Gregorio Marañón y Beltrán Baguena.

En 1978 se reconoce la especialidad médica de geriatría, pero no es hasta los 80-90 cuando esos especialistas se forman en España hasta entonces se formaban en Inglaterra, hoy en día no esta instaurada en toda España la especialidad.

En 1976 se introduce la asignatura en la carrera de enfermería, al transformarse las antiguas escuelas en facultades.

1.2 CONCEPTOS DE GERONTOLOGÍA. GERIATRÍA, ENFERMERÍA GERIÁTRICA, ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

El incremento de la longevidad en los países más desarrollados ha dejado de ser una utopía para convertirse en una realidad. La enfermería geronto-geriátrica contribuye a los cuidados de salud de la población fundamentalmente para conseguir que la última etapa de la vida sea vivida de forma óptima, asegurando la satisfacción de las necesidades y el máximo nivel de independencia posible de las personas que envejecen. Y cuando la muerte es ya un proceso inevitable, acompañarlos a una muerte digna.

Cuestiones de terminología: enfermería gerontológica o enfermería geriátrica

En general, los términos Enfermería Gerontológica y Enfermería Geriátrica se utilizan para designar la especialización profesional en los cuidados dirigidos a las personas ancianas.

Aunque hasta hace unos años se hablaba únicamente de Enfermería Geriátrica, actualmente este término suele sustituirse o simultanearse con el de Enfermería Gerontológica. Algunos sectores de la profesión consideran que este último se ajusta mucho mejor a la orientación de los cuidados que se prodigan a los ancianos.

Mientras que la Geriátrica es una especialidad médica, la Gerontología puede considerarse una especialidad pluridisciplinar que, en virtud de la especificidad de cada disciplina, pretende integrar los conocimientos sobre los diferentes factores que inciden en el proceso de envejecimiento humano para aumentar la comprensión de la persona que envejece y mejorar sus condiciones de vida.

Así pues, podemos afirmar que no existe unanimidad en la denominación de la especialidad, por el contrario observamos tres tendencias en la utilización de los términos:

1. Enfermería Geriátrica como único término para designar los cuidados especializados a los ancianos.
2. Enfermería Gerontológica para designar los cuidados preventivos y de promoción de la salud de las personas que envejecen.

Por su parte, Enfermería Geriátrica se refiere a los cuidados dirigidos a personas ancianas enfermas o institucionalizadas.

Enfermería Gerontológica como único término para designar los cuidados especializados a los ancianos.

Geriatría: Es la parte de la medicina que se encarga de los ancianos en los aspectos clínicos, terapéuticos y sociales tanto en la salud como en la enfermedad. Se encarga de la planificación u organización de la asistencia a los pacientes geriátricos.

Paciente geriátrico: Es toda aquella persona con más de 65 años, el cual presenta polipatología además de problemas mentales o sociales y que cualquiera de las enfermedades que padece le puede llevar a la incapacidad y por tanto a la dependencia.

Concepto de enfermería gerontológica: Se considera que la enfermería es un servicio a la comunidad en todas las edades de la vida, y se especializa en los cuidados a las personas que envejecen, indistintamente de su edad y situación de salud, con el fin de conseguir que el paso del final de la etapa adulta a la vejez y el discurrir de los últimos años de la vida se lleve a cabo en las mejores condiciones de salud posibles, incrementando los conocimientos, las habilidades y la motivación de la persona para afrontar los cambios físicos y psicosociales que aparecen durante el proceso de envejecimiento.

La Enfermería Gerontológica es una especialidad que se ocupa de la valoración de las necesidades de las personas ancianas, de la planificación y la administración de los cuidados para satisfacer sus necesidades, así como de la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y el mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento.

Enfermería geronto-geriátrica. El incremento de la longevidad en los países más desarrollados ha dejado de ser una utopía para convertirse en una realidad. La enfermería **geronto-geriátrica** contribuye a los cuidados de salud de la población fundamentalmente para conseguir que la última etapa de la vida sea vivida de forma óptima,

asegurando la satisfacción de las necesidades y el máximo nivel de independencia posible de las personas que envejecen. Y cuando la muerte es ya un proceso inevitable, acompañarlos a una muerte digna.

1.3. FUNDAMENTOS DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

La vejez es una etapa de la vida sobre la que existe una visión estereotipada y numerosos prejuicios que pueden condicionar las actitudes de las enfermeras y el tipo de cuidados que se prodigan a las personas ancianas. En este apartado veremos algunos de los fundamentos en los que se basa la atención gerontológica.

“LAS PERSONAS ANCIANAS CONSTITUYEN UN GRUPO DE POBLACIÓN HETEROGÉNERO”

Habitualmente se habla de los ancianos como si éstos constituyeran un grupo homogéneo de la población que viven situaciones comunes de dependencia, de soledad y de desarraigo.

Se trata sin duda de una visión estereotipada de la vejez; en realidad la vejez es una etapa muy amplia del ciclo vital que puede representar hasta una tercera parte de la vida de un individuo.

Cuando nos referimos a la vejez, ésta incluye personas de diferentes generaciones que han vivido circunstancias socioculturales e históricas muy distintas. Por otra parte, también podemos hacer una distinción entre lo que sería el final de la etapa adulta y la transición a la vejez. Algunos autores nombran esta etapa como “jóvenes-ancianos”, y a la vejez propiamente dicha la designan como “ancianos-ancianos”. Esta distinción tiene importancia para establecer programas específicos de prevención y de promoción de la salud para cada grupo.

“LA MANERA DE PERCIBIR Y DE AFRONTAR EL PROPIO ENVEJECIMIENTO TIENE SIGNIFICADOS DISTINTOS PARA CADA PERSONA”

La enfermera basa su contribución social en la promoción de la independencia en la satisfacción de las necesidades de cada persona y en la concepción bio-psico-social de la persona. La complejidad de cada individuo radica en cada una de estas dimensiones, pero sobre todo en su interrelación. La globalidad no es meramente la suma de sus partes, sino el resultado de un único ordenamiento y de una única interrelación de las partes. Éste constituye el principio fundamental de los cuidados individualizados.

Los cambios biológicos del envejecimiento primario y su repercusión en las capacidades funcionales, las tensiones psicosociales externas e internas propias de esta etapa exigen un esfuerzo de adaptación por parte de la persona que ha de buscar nuevas formas de enfrentarse a estas dificultades.

La vejez forma parte de ese continuo que es toda una vida, y es el resultado de los cambios, los aprendizajes y la experiencia, etc. que la persona ha ido acumulando a lo largo de las diferentes etapas evolutivas. Estas experiencias configuran un bagaje vital que adquiere significaciones particulares para cada uno cuando llega la vejez. Hay tantas maneras de vivir la vejez como individuos existen.

Obtener datos significativos de la historia de vida del anciano nos ayuda a comprender mejor su situación actual y, como veremos más adelante, nos permite utilizar la **reminiscencia**, o los recuerdos, en el marco de una relación terapéutica.

Si bien podemos afirmar que hay necesidades que son comunes a todas las personas, la forma de satisfacerlas es particular y específica para cada individuo.

“LAS PERSONAS ANCIANAS UTILIZAN SUS CAPACIDADES Y RECURSOS PARA ADAPTARSE A SU ENVEJECIMIENTO”

Las personas son capaces de adaptarse y de aprender nuevos comportamientos o formas de vida incluso cuando la fragilidad hace mella en ellos.

Los cuidados a los ancianos han de ir dirigidos a reforzar los recursos personales (capacidades, conocimientos y/o motivación) para que cada persona pueda satisfacer por sí misma sus necesidades, o por el contrario aceptar la ayuda de su entorno para poder satisfacerlas.

Las personas ancianas tienen derecho a participar en las decisiones que les afectan para poder mantener y mejorar su bienestar.

“LA VEJEZ ES TAMBIÉN UNA ETAPA DE CRECIMIENTO Y DE MADURACIÓN”

Desde una filosofía humanista la vida representa un proceso de crecimiento y de maduración. Según Erikson el desarrollo y la maduración de la persona tienen lugar a lo largo de toda su vida. Este autor divide el ciclo vital en ocho etapas, en función de las variables psicosociales más características de cada una de ellas. Estas variables pueden provocar tensiones específicas que la persona ha de resolver. Si la resolución es positiva, la persona aumenta su capacidad de afrontar nuevas crisis.

En la figura 1 hemos dividido la vejez en dos etapas, la primera corresponde al final de la etapa adulta y la entrada progresiva a la vejez, la segunda corresponde a la vejez propiamente dicha. En cada una de ellas hemos señalado las tareas de desarrollo que la persona ha de llevar a cabo para adaptarse a las tensiones específicas.

ETAPAS	TAREAS DE DESARROLLO
Final de la edad adulta. Entrada progresiva a la vejez (65-75 años)	<p>Reorganizar satisfactoriamente la propia vida, diversificando, conservando o descubriendo centros de interés.</p> <p>Valorar la propia experiencia y hacer uso de ella.</p> <p>Adaptarse a las nuevas relaciones familiares y roles parentales.</p> <p>Ampliar, conservar o establecer relaciones satisfactorias.</p> <p>Adaptarse al progresivo envejecimiento del propio cuerpo y enlentecimiento de las respuestas físicas e intelectuales.</p> <p>Preservar la propia identidad y autoestima.</p> <p>Transmitir la propia experiencia y los conocimientos a las nuevas generaciones.</p>
Vejez (> 76 años)	<p>Adaptarse a la progresiva pérdida de energía.</p> <p>Dar sentido a la experiencia vivida.</p> <p>Mantener vínculos de relación.</p> <p>Mantener y/o seleccionar actividades satisfactorias según el estado de salud, los intereses personales.</p> <p>Adaptarse a la pérdida de autonomía, utilizando los recursos internos o aceptando la ayuda necesaria del exterior.</p> <p>Organizar el entorno en función de las propias capacidades.</p> <p>Aceptar la pérdida del cónyuge, amigos...</p> <p>Mantener un sentido de integridad moral frente a las decepciones de la vida.</p> <p>Prepararse para el final de la vida.</p>

Figura 1. Tareas de desarrollo durante la vejez

En la etapa de la vejez, la resolución positiva de la crisis madurativa permite una experiencia de *integridad*. Según Erikson, significa la aceptación de un ciclo vital único y propio. Consiste en reconocer la propia fuerza, a pesar de la propia debilidad. Con la experiencia de integridad la persona se apoya en un gran respeto a sí misma que le permite afrontar y adaptarse a nuevas situaciones, conservando la propia identidad y la valoración de sí mismo. Predomina una actitud de que vale la pena el esfuerzo de vivir, el compromiso con la propia vida y el interés por resolver las dificultades que se presentan. La persona muestra un comportamiento de serenidad, de optimismo, conserva su sentido del humor y cree en su propio valor y en su responsabilidad ante la propia vida.

Cuando la integridad no se consigue o se pierde, aparece un estado que Erikson denomina *desesperación*, éste expresa el sentimiento que el tiempo es limitado, que es demasiado tarde para cambiar. Predomina el desánimo, el

desinterés y el temor a la muerte, y también una actitud de que no merece la pena vivir. Las dificultades se perciben como amenazas ante la resolución de las cuales se siente impotente.

La persona manifiesta ansiedad, pesimismo, irritación, tiene la impresión de estar dominado por un ambiente hostil, y en definitiva predomina un sentimiento de inutilidad.

1.4. DESTINATARIOS DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS

Podemos distinguir tres grandes grupos de población que pueden beneficiarse de los cuidados gerontológicos.

- Personas ancianas sanas.
- Personas ancianas frágiles
- Pacientes geriátricos

PERSONAS ANCIANAS SANAS

Son personas que desde el final de la edad adulta y en el transcurrir de la vejez mantienen su independencia y por lo tanto son capaces de satisfacer sus necesidades básicas a pesar de las limitaciones propias de la edad. Dentro de este grupo de población los cuidados van dirigidos a la promoción y la prevención de la salud, motivando y enseñando a la persona que envejece a desarrollar hábitos de vida saludables que le permitan adaptarse a los cambios que pueden producirse durante el proceso de envejecimiento y a prevenir las consecuencias negativas que éste puede comportar.

PERSONAS ANCIANAS FRÁGILES O DE RIESGO

Las personas frágiles o de riesgo, es decir las personas que debido a tener una edad muy avanzada, a factores de tipo social o de pérdida de salud, tienen un elevado riesgo de perder su autonomía, de sufrir complicaciones en su estado de salud, de morir o de ingresar en una institución si no reciben la ayuda adecuada. Los cuidados han de ir dirigidos a la detección de este grupo de población y a establecer o coordinar las ayudas necesarias, prevenir las complicaciones y proporcionar los cuidados necesarios para que la persona, por sí misma o con la ayuda de su entorno (natural o profesional), pueda alcanzar el máximo nivel de independencia posible en la satisfacción de sus necesidades.

PACIENTES GERIÁTRICOS

Son personas ancianas que tienen dificultades para satisfacer sus necesidades o que padecen enfermedades que comportan pérdidas de autonomía funcional y cuya situación está condicionada por factores psíquicos o sociales. Los cuidados van dirigidos a recuperar al máximo las capacidades, prevenir las complicaciones y compensar los déficits, movilizandolos recursos de la persona y de su entorno para satisfacer de forma óptima sus necesidades y mejorar su calidad de vida. En este grupo incluimos también los cuidados dirigidos a asegurar una muerte digna y apacible.

1.5. EDAD DE INTERÉS GERIÁTRICO

Desde el punto de vista social, la edad es quizá la variable más común para describir a los grupos humanos y sus características, así como para emitir mensajes de lo aceptado, lo esperado y lo vetado.

En los artículos 1 y 2 de la Declaración Política de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de la Organización de Naciones Unidas, los representantes de los gobiernos declaran que han tomado la decisión de adoptar un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento con el objetivo de responder "a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI y para promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades", y que celebran "el aumento de la esperanza de vida en muchas regiones del mundo como uno de los mayores logros de la humanidad".

La edad es tal vez la variable más importante tanto de la población como de las disciplinas científicas que se encargan de su estudio y análisis, como la demografía, la geografía de la población o geodemografía, la sociología y la psicología. La edad en años cumplidos es en realidad un intervalo (y no un instante) entre un aniversario y el siguiente, de manera que la referencia a una edad exacta alude aun intervalo entre dos edades exactas consecutivas, lo que por otro lado tiene una relación evidente con el concepto de generación, que se refiere al año civil de nacimiento de los efectivos que poseen una edad concreta. La perspectiva de generación introduce el concepto de línea de vida –en rigor de una generación–, que en general puede extrapolarse al ciclo de vida de una población, en el que se circunscribe el devenir del proceso de reproducción y envejecimiento del ser humano.

La clasificación en tres grandes grupos (jóvenes, adultos y viejos) figura 2, requiere del establecimiento de una tipología de subgrupos, con sus umbrales y criterios de definición y delimitación, que contribuya a un análisis más profundo y riguroso de la evolución de la estructura por edad de las poblaciones humanas y su significado social.

Es posible que en la actualidad la más grave y delicada sea la que se deriva de la denominación del grupo de 60 años y más que conforma la etapa de la vejez, que para algunos es la tercera edad, la ancianidad, la senectud y aun la adultez mayor. Sin invalidar denominación alguna, en muchas ocasiones se recurre a eufemismos para superar cierta percepción social negativa de la vejez: viejos, ancianos, tercera edad, puede tener cierta connotación peyorativa aun de desprecio,, cuando no de insulto u ofensa, en el lenguaje coloquial y por extensión en el técnico científico.

Jóvenes	Infancia: hasta los 5 años Pubertad o niñez media: hasta los 12-14 años Adolescencia: hasta los 19 o 20 años
Adultos	Jóvenes: hasta los 39 años Intermedios: hasta los 49 años Maduros: hasta los 59 años
Viejos	Etapa incipiente o primaria: entre los 60 y los 69 años Fase intermedia: de los 70 a los 84 años Fase avanzada: a partir de los 85 años

Figura 2. Clasificación de la población en tres grandes grupos

Nos enfocaremos al grupo de los viejos, quienes se delimitan en tres subgrupos con base en criterios de actividad económica, intelectual, cognoscitiva, cultural, de salud y de esperanza de vida.

- Vejez inicial o incipiente (viejos jóvenes), entre los 60 y 69 años de edad; muchas personas activas aun siguen en el mercado de trabajo y conservan buenas condiciones de salud en general.
- Vejez intermedia, entre los aniversarios 70 y 84, casi todas las personas salieron ya del mercado de trabajo, salvo determinado tipo de personas que trabajan por cuenta propia, como agricultores, empresarios, intelectuales, etc., que conservan ciertas condiciones de salud mental y física, y observan y perciben la mente como un fenómeno no obligatoriamente próximo. En cuanto a salud, es la etapa en que se reconoce la fragilidad, el proceso de envejecimiento empieza a cobrar su precio y las personas tienden a enfermar.
- Vejez avanzada, de más de 85 años de edad: corresponde a las personas al final de su línea o ciclo de vida. J. L... Martínez Zohonero (2000) propone el aniversario 80 como límite para establecer un subgrupo que denomina "los más viejos entre los viejos" o "cuarta edad", aunque el umbral no parece adecuado y menos aún su denominación. En especial ahora que cada vez hay más viejos y estos son más viejos, el sector de población de octogenarios es el que crece con más rapidez. Cada vez más personas planean su cumpleaños número 100 y más; se calcula que en estados unidos hay al menos 150 000 centenarios. Asimismo, se ha observado que el grupo de personas de más de 90 años tiende a comportarse en forma diferente, se estabiliza y hasta la mortalidad y la morbilidad descienden, se les considera supervivientes y se propone que sean vistos desde otra perspectiva. Cuanta más edad se alcanza en la vejez, las probabilidades de vivir más son mayores. Entonces, además de la cuarta edad, cabría proponer una etapa más de "viejos supervivientes" y quizá, de centenarios

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

ACTIVIDAD ESCOLARIZADA

- REVISIÓN DE LAS PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN
- REVISION DE ENSAYO
- REVISION DE INVESTIGACIÓN
- REVISION DE CUADROS SINÓPTICOS
- EFECTUAR DEBATES GRUPALES
- PRESENTACION DE TRABAJO INDIVIDUAL

ACTIVIDAD NO ESCOLARIZADA

- RESOLVER LAS PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN
- REDACTAR UN ENSAYO SOBRE EL DESARROLLO HISTÓRICO DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA EN MÉXICO.
- INVESTIGAR LA DIFERENCIA ENTRE LOS CONCEPTOS DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA
- REALIZAR UN CUADRO SINÓPTICO DE LA CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN
- ELABORAR UN ESQUEMA CON LOS FUNDAMENTOS DE LOS CUIDADOS GERONTOLÓGICOS
- INVESTIGAR LA EDAD DE INTERES GERIATRICO

AUTOEVALUACIÓN

I. DE LA LISTA DE ABAJO ELIGE LA RESPUESTA CORRECTA:

1. Fue el primero que escribió sobre los ancianos se habla de normas higiénicas y nutricionales para conseguir la longevidad _____
2. Aparece en 1909 gracias a JL Nacher en su libro "las enfermedades geriátricas en las personas de edad y su tratamiento". _____
3. Aparece la asistencia custodial dada en lugares regentadas por órdenes religiosas _____
4. Aparece en 1930, debido a la cantidad de ancianos que habían en las salas con polipatología y que eran tratados de las más urgentes o inmediatas _____
5. Aplicó los cuidados y la rehabilitación necesaria para que los ancianos pudieran volver a integrarse en su comunidad _____
6. En _____ se crea en Gran Bretaña la primera especialidad en geriatría.
7. Realiza los primeros cursos de doctorado en geriatría _____
8. En _____ se crea la sociedad española de gerontología (SEG) presidida por Gregorio Marañón y Beltrán Baguena
9. En _____ se reconoce la especialidad médica de geriatría.
10. En _____ se introduce la asignatura en la carrera de enfermería, al transformarse las antiguas escuelas en facultades.
11. Se refiere a los cuidados dirigidos a personas ancianas enfermas o institucionalizadas _____
12. Término para designar los cuidados especializados a los ancianos _____
13. Es la parte de la medicina que se encarga de los ancianos en los aspectos clínicos, terapéuticos y sociales tanto en la salud como en la enfermedad _____
14. Es toda aquella persona con mas de 65 años, el cual presenta polipatología además de problemas mentales o sociales y que cualquiera de las enfermedades que padece le puede llevar a la incapacidad y por tanto a la dependencia _____
15. Son personas que desde el final de la edad adulta y en el discurrir de la vejez mantienen su independencia y por lo tanto son capaces de satisfacer sus necesidades básicas a pesar de las limitaciones propias de la edad _____
16. Los cuidados han de ir dirigidos a la detección de este grupo de población y a establecer o coordinar las ayudas necesarias, prevenir las complicaciones y proporcionar los cuidados necesarios para que la persona, por sí misma o con la ayuda de su entorno (natural o profesional), pueda alcanzar el máximo nivel de independencia posible en la satisfacción de sus necesidades _____
17. Son personas ancianas que tienen dificultades para satisfacer sus necesidades o que padecen enfermedades que comportan pérdidas de autonomía funcional y cuya situación está condicionada por factores psíquicos o sociales _____
18. Se encuentran entre los 60 y 69 años de edad; muchas personas activas aun siguen en el mercado de trabajo y conservan buenas condiciones de salud en general. _____

Geriatría
Cicerón
El término geriatría
1946
Dr. Beltrán Baguena
1948
Enfermería Geriátrica
Enfermería Gerontológica
1978

Paciente geriátrico
Personas ancianas sanas
C Marjorie Warren
1976
Pacientes geriátricos
Enfermería geriátrica
Personas ancianas frágiles o de riesgo
Vejez inicial o incipiente
En la Edad Media

II. CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

1. Describe brevemente los fundamentos de los cuidados gerontológicos.

2. ¿Cuáles son las tareas de desarrollo de la vejez?

3. Escribe los tres grandes grupos de población que pueden beneficiarse de los cuidados gerontológicos

4. Elabora un cuadro con la clasificación de la población en tres grupos

Población	Subgrupos

5. ¿Cuáles son los subgrupos de los viejos y describe brevemente sus características?

UNIDAD II. PROCESO Y TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

PROPÓSITO:

Distingue el proceso de envejecimiento a través de las teorías del mismo, para proporcionar atención de enfermería al paciente geriátrico.

LECTURAS:

DHyver. Carlos. Geriatria. Manual Moderno. 2019. Cuarta edición
RODRÍGUEZ García Rosalía; LAZCANO Botello Guillermo. Práctica de la Geriatria. 3ª edición. Editorial McGraw-Hill. 2017

2.1 PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

La consideración psicosocial del anciano nos lleva a plantear que los cambios propios del proceso de envejecimiento ocurren desde tres perspectivas: (Figura 3).

-Cambios Biológicos: Todos los cambios orgánicos que afectan sobre sus capacidades físicas y asociadas a la edad.

-Cambios Psíquicos: Cambios en el comportamiento, autopercepción, conflictos, valores y creencias.

-Cambios Sociales: Se estudia el papel del anciano en la comunidad.

* CAMBIOS BIOLÓGICOS:

La involución caracterizada por la disminución del número de células activas, alteraciones moleculares, tisulares y celulares que afecta a todo el organismo, aunque su progresión no es uniforme. (Figura 4).

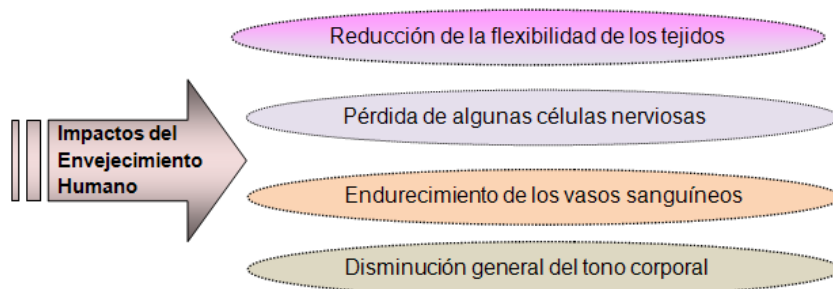


Figura 3. Impactos generales en el hombre del envejecimiento

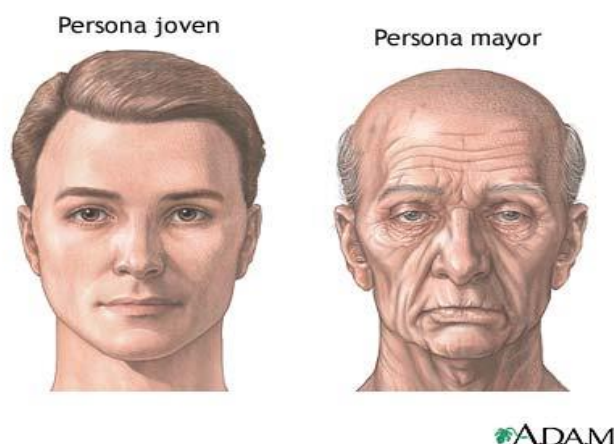


Figura 4. Imagen comparativa de la juventud con la vejez.

1.- Modificaciones celulares:

Desde el punto de vista macroscópico se observa una disminución del volumen de los tejidos y microscópicamente se observa un retardo en la diferenciación y crecimiento celular lo cual provoca el descenso del número de células. También hay un descenso del agua intracelular. Y existe un aumento del tejido adiposo (hay un descenso del tejido adiposo superficial y un aumento del tejido adiposo profundo).

2.- Envejecimiento en la piel:

El envejecimiento desde el punto de vista funcional produce: Alteración de la permeabilidad cutánea, disminución de las reacciones inflamatorias de la piel, disminución de la respuesta inmunológica, trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización, pérdida de elasticidad de los tejidos, percepción sensorial disminuida y disminución de la producción de la vitamina D, palidez y velocidad de crecimiento disminuida. Desde el punto de vista estructural: En la Epidermis hay variaciones en el tamaño, forma, y propiedades de las células basales, disminución de melanocitos y células de Langerhans y aplanamiento de la unión dermoepidérmica. En la Dermis existe una reducción del grosor, de la vascularización y la degeneración de las fibras de elastina. En la Hipodermis hay un descenso del número y atrofia de las glándulas sudoríparas.

3.- Envejecimiento del cabello:

Existe una disminución de la velocidad de crecimiento del pelo, aparecen las canas por la pérdida de melanina en el folículo piloso. Pérdida de pelo frontotemporal (alopecia androgénica) en los varones. También puede aparecer alopecia difusa por deficiencia de hierro, hipotiroidismo. Hay un aumento del vello facial en las mujeres, sobre todo si tienen piel clara, y en los hombres en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales.

4.- Envejecimiento en las uñas:

El crecimiento continúa, suelen ser más duras, espesas y más difíciles de cortar. Pueden aparecer estrías por alteración de la matriz ungueal.

5.- Envejecimiento óseo:

Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos, la mujer suele perder un 25% y el hombre un 12%, este proceso se denomina osteoporosis senil o primaria, se produce por la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio, y la pérdida por trastornos endocrinos. Esto propicia las fracturas en el anciano.

Existe una disminución de la talla, causado por el estrechamiento de los discos vertebrales. Aparece cifosis dorsal que altera la estática del tórax.

En los miembros inferiores los puntos articulares presentan desgastes y se desplaza el triángulo de sustentación corporal, esto propicia la aparición de callosidades y altera el equilibrio, la alineación corporal y la marcha.

6.- Envejecimiento muscular:

La pérdida de fuerza es la causa principal del envejecimiento, hay un descenso de la masa muscular, pero no se aprecia por el aumento de líquido intersticial y de tejido adiposo. Hay una disminución de la actividad, la tensión muscular y el periodo de relajación muscular es mayor que el de contracción.

7.- Envejecimiento articular:

Las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran y las superficies de la articulación entran en contacto, aparece el dolor, la crepitación y la limitación de movimientos. En el espacio articular hay una disminución del agua y tejido cartilaginoso. Otra forma de degeneración articular la constituye el crecimiento regular de los bordes de la articulación, dando lugar a deformidades y compresión nerviosa.

8.- Envejecimiento del Sistema Cardiocirculatorio:

Cambios de la Estructura cardiovascular:

El corazón puede sufrir atrofia, puede ser moderada o importante, disminuye de peso y volumen. También existe un aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo y que está dentro de los límites normales en individuos sanos, sólo está exagerado en individuos hipertensos.

El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad. El tejido fibroso aumenta de tamaño, algunos de los miocitos son sustituidos por este tejido. También existe un aumento de tamaño de los miocitos. Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas y la aorta se dilata y se alarga, ello no es atribuible al proceso ateroscleroso, puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de Calcio. Aparece rigidez valvular debidos al engrosamiento y pérdida de la elasticidad. También se depositan sustancias en las paredes de los vasos dando lugar a la esclerosis y una disminución de la red vascular.

Cambios en la Función cardiovascular:

Existe enlentecimiento del llenado diastólico inicial y es atribuido por cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo, Puede existir un cuarto ruido cardiaco llamado galope auricular. La hemodinámica está alterada no se debe por la insuficiencia del fuelle aórtico, sino del aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular, provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo, fuerza y un aumento de la presión arterial.

También el desequilibrio hemodinámico se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación.

El gasto cardiaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta. Existen pocos cambios en la composición de la sangre, sólo aparecen pequeñas alteraciones del número de hemáties, también la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación está disminuida.

7.- Envejecimiento del Sistema Respiratorio:

El envejecimiento no sólo afecta a las funciones fisiológicas de los pulmones, también a la capacidad de defensa. Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y la distribución de los gases se deben a alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica, como la pulmonar. Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios es menor. También existe rigidez, pérdida de peso y volumen, y eso produce un llenado parcial. Existe una disminución del número de alveolos y eso provoca dilatación en los bronquiolos y conductos alveolares. Hay alteraciones en el parénquima pulmonar debida a la pérdida del número y del calibre de los capilares interalveolares con una disminución del PO₂, afectando a la ventilación pulmonar y difusión alveolocapilar.

La distensibilidad de la pared torácica disminuye de manera gradual al avanzar la edad, probablemente como consecuencia de la osificación de las articulaciones condrocostales, el incremento del diámetro anteroposterior del tórax, la cifosis y el aplastamiento vertebral.

Las respuestas a la hipoxia y a la hipercapnia disminuyen con la edad, por este motivo los ancianos son más vulnerables a la reducción de los niveles de Oxígeno.

Existe una pérdida del reflejo tusígeno eficaz, esto contribuye a la propensión a la neumonía, también existe una disminución a la inmunidad humoral y celular que facilitan la infección.

8.- Envejecimiento del Aparato Digestivo :

No hay grandes cambios a nivel anatómico, tan solamente la reaparición del epitelio columna en la parte inferior del esófago, la aparición de varicosidades y engrosamiento de la túnica del colon.

Existe una disminución de la movilidad y de los movimientos peristálticos, la reducción del tono muscular de la pared abdominal, atrofia de la mucosa gástrica, la disminución de HCl generan en el anciano dificultades. También la disminución del tamaño, funcionalidad del hígado, la lentitud del vaciado vesicular y el espesamiento de la bilis contribuyen a aumentar estas dificultades.

Existe pérdida de piezas dentarias que dificultan la masticación y la disminución en la producción de saliva, contribuyen a la sequedad bucal y a la pérdida de la sensación gustativa.

En el colon existe atrofia e insuficiencia funcional por la disminución del peristaltismo.

9.- Envejecimiento del Sistema Genitourinario:

El aumento de la edad produce una pérdida de masa renal, y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270 a 180-200. La pérdida de la masa renal es principalmente cortical, el número de glomérulos disminuye. En el túbulo renal existen una serie de modificaciones microscópicas leves, aparecen divertículos en la nefrona distal, éstos pueden evolucionar en forma de quistes de retención simples.

Existen alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes, estas son más intensas en la hipertensión. Los vasos pequeños no aparecen afectados.

El flujo sanguíneo renal disminuye, pasando de los 1.200 ml/minuto a 800 ml/minuto., se debe a modificaciones anatómicas fijas más que un vasoespasmo.

También hay una pérdida de volumen y de la capacidad de concentrar la orina el riñón. Se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual.

Los órganos genitales aparecen cambios como la pérdida de vello púbico, atrofia, pérdida de secreción, facilitándose las infecciones.

En la mujer disminuyen de tamaño y los senos se vuelven flácidos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal. En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida de vello púbico y un aumento del tamaño de la próstata.

10.- Envejecimiento del Sistema Endocrino:

La secreción hormonal disminuye con la edad, por dos motivos: el descenso de la producción hormonal y la falta de respuesta de los órganos a las hormonas.

Hay una disminución a la tolerancia de glucosa. En la mujer hay una pérdida de estrógenos y progesterona.

11.- Envejecimiento del Sistema Inmunitario:

Las enfermedades infecciosas en individuos de edad avanzada tienen mayor gravedad, debido a que el sistema inmunitario es menos sensible y más susceptible a la infección.

La involución del Timo, el timo contribuye de dos formas distintas a la inmunidad: Proporciona el ambiente adecuado para que evolucionen los precursores de los linfocitos y produce una serie de hormonas que inducen a una mayor proliferación. La cantidad de linfocitos T y B en sangre se modifica. Existe una notable pérdida de la capacidad funcional de la inmunidad celular, que se pone de manifiesto por un descenso de reacciones de hipersensibilidad tardía.

También existe depresión de la inmunidad celular y suelen deberse a defectos de los linfocitos T asociados con la edad. También el reflejo tusígeno está disminuido por lo que se predispone a la infección respiratoria. Existe una disminución de la producción de los anticuerpos.

12.- Envejecimiento del Sistema nervioso y de los Órganos de los Sentidos:

Las células del sistema nervioso no se pueden reproducir, y con la edad disminuyen su número. El grado de pérdida varía en las distintas partes del cerebro, algunas áreas son resistentes a la pérdida (como el tronco encefálico). Un cambio es el depósito del pigmento del envejecimiento lipofuscina en las células nerviosas, y el depósito amiloide en las células.

Existen mecanismos compensadores que se ponen de manifiesto cuando existe una lesión, estos son menores. El cerebro pierde tamaño y peso, se pierde tono al perder neuronas y existe un enlentecimiento de los movimientos. A nivel funcional hay una disminución generalizada de la sensibilidad (gustativa, dolorosa, etc...). Y aparece el temblor senil.

Sobre los órganos de los sentidos el envejecimiento produce una disminución.

En la vista la agudeza y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad. Existe una disminución de las células de la conjuntiva que producen mucina, lubricante para el movimiento del ojo, esto causa la queratitis seca. La conjuntiva también puede manifestar metaplasia e hiperplasia, que conduce a la acumulación de líquido en el espacio de unión entre la esclera y la córnea.

En la esclerótica se depositan depósitos de sales de calcio y colesterol, esto se denomina arco senil. Con la edad la pupila tiende a hacerse más pequeña, reacciona de forma más perezosa a la luz y se dilata más lentamente en la oscuridad y experimentan de dificultad cuando pasan de un ambiente luminoso a otro más oscuro. Hay un agrandamiento del cristalino con la consecuente pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos (presbiopía). La secreción lacrimal disminuye la cantidad y la calidad.

En el oído existe una pérdida de la agudeza auditiva como consecuencia de la degeneración del nervio auditivo. Anatómicamente existe un aumento del tamaño del pabellón de la oreja por crecimiento del cartílago. La membrana timpánica está engrosada. Hay una proliferación de pelos en el oído y el acúmulo de cerumen en el oído. El gusto y el olfato suele estar disminuido por la disminución de papilas gustativas, atrofia de la lengua, y el nervio olfatorio se degenera.

La nariz se ve aumentada de tamaño por crecimiento continuó del cartílago y en el varón suelen proliferar pelos.

El tacto suele estar disminuido, sobre todo la sensibilidad térmica y dolorosa profunda. (Figura 5)

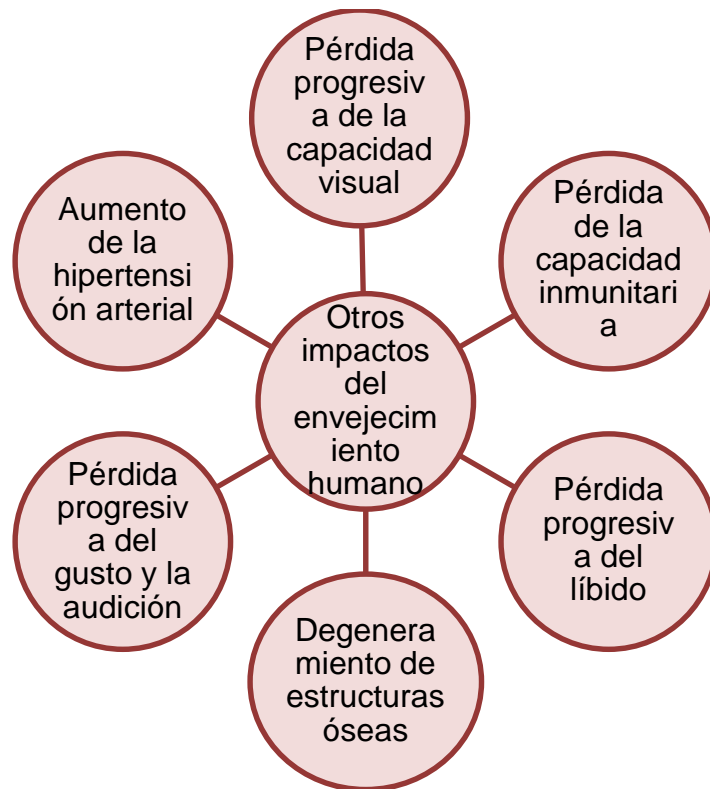


Figura 5. Otros impactos del envejecimiento

*** CAMBIOS PSÍQUICOS:**

Envejecimiento de las Capacidades Intelectuales:

A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales y se acelera con la vejez. Existe pérdida de la capacidad para resolver problemas. Falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existen alteraciones en la memoria, suele padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

Carácter y Personalidad:

La personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas

*** CAMBIOS SOCIALES:**

Cambio de Rol individual:

Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones:

- El anciano como individuo. Los individuos en su última etapa de vida se hacen patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

- El anciano como integrante del grupo familiar. Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

- El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas. La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.

Cambio de Rol en la Comunidad:

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

Cambio de Rol Laboral:

El gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe de tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. La jubilación es una situación de una persona que tiene derecho a una pensión, después de haber cesado de su oficio.

Las consecuencias de la jubilación: La adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados entorno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral, los recursos económicos disminuyen.

El anciano debe de conocer las consecuencias de la jubilación, para prevenir sus efectos negativos, y para mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas.

El anciano deberá de prepararse antes de la jubilación.

2.1 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

El **envejecimiento** incluye el conjunto de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos (noxas) que inciden en el individuo.

Descripción de Teorías sobre el envejecimiento

El envejecimiento es un proceso continuo, heterogéneo, universal, e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional.

Características del envejecimiento

- **Universal:** es propio de todos los seres vivos.
- **Irreversible:** a diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- **Heterogéneo e individual:** cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- **Deletéreo:** lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- **Intrinseco:** no es debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero el "*maximum life span*" se mantiene fijo alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevivencia se ha hecho más rectangular. Se observa una mayoría de la población que logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere masivamente alrededor de los 80 años.

Se han propuesto muchas teorías para explicar el proceso de envejecimiento, Goldstein y colaboradores las han revisado extensamente y finalmente las han dividido en dos grandes categorías: las que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (teorías estocásticas), y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (teorías no estocásticas).

TEORIAS ESTOCÁSTICAS: consideran al envejecimiento como consecuencia de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo. Entre ellas se encuentran las siguientes:

- **Teoría del error catastrófico (Orgel, 1963):** esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría daño en la función celular. Se sabe que se producen errores en los procesos de transcripción y traducción durante la síntesis de proteínas, pero no hay evidencias científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo (en contra de esta teoría está la observación de que no cambia la secuencia de aminoácidos en las proteínas de animales viejos respecto de los jóvenes; no aumenta la cantidad de RNA defectuoso con la edad, entre otros aspectos). Actualmente hay poca evidencia que apoye esta teoría.

Se ha encontrado una buena correlación entre los niveles celulares de superóxido dismutasa (enzima de acción antioxidante) y la longevidad de diferentes primates. Además, estudios en ratas sometidas a restricción calórica han mostrado un aumento en la longevidad de éstas, lo que se cree es debido a una menor producción de radicales libres. Pero, por otro lado, no hay estudios que hayan demostrado que animales sometidos a dietas ricas en antioxidantes logren aumentar su sobrevivencia. Desgraciadamente, aún faltan estudios para lograr comprender más a fondo el rol de los radicales libres en el proceso de envejecimiento.

Lo que sí es claro, es el importante papel que juega el daño producido por la liberación de radicales libres en ciertas patologías relacionadas con el envejecimiento, tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, cataratas, Enfermedad de Alzheimer, y otras.

Según la evidencia con la que contamos hasta el momento, si logramos disminuir la generación de radicales libres o neutralizamos su daño, lograríamos disminuir estas enfermedades. Entonces, seríamos capaces de prevenir una muerte precoz por estas patologías.

Lo que no es claro, es si logrando disminuir el daño por radicales libres, lograremos aumentar la longevidad.

- **Teoría del entrecruzamiento:** Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad.

Dicha teoría no explica todos los fenómenos relacionados al envejecimiento, pero sí algunos. Se sabe que el desarrollo de cataratas es secundario a que las proteínas del cristalino sufren glicosilación y comienzan a entrecruzarse entre ellas, lo que lleva a opacificación progresiva de éste. También se ha observado entrecruzamiento de las fibras de colágeno entre ellas, pero su significado clínico no es del todo claro.

- **Teoría del desgaste:** esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies. Estudios animales no han demostrado una declinación en la capacidad de reparación de ADN en los animales que envejecen. Faltan aún más estudios para saber si realmente se acumula daño en el ADN con el envejecimiento.
- **Teoría de los radicales libres (Denham Harman, 1956):** esta es una de las teorías más populares. Propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres.

Vivimos en una atmósfera oxigenada, y por lo tanto oxidante. El oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Como la utilización y manejo del O₂ no es perfecta, se producen radicales libres, entre ellos el radical superóxido. Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Se cree que este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. La lipofuscina, llamada también "pigmento del envejecimiento", corresponde a la acumulación de organelos subcelulares oxidados.

TEORIAS NO ESTOCÁSTICAS: consideran que el envejecimiento está predeterminado. Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma.

Hasta el momento no existe evidencia en el hombre de la existencia de un gen único que determine el envejecimiento, pero a partir de la Progeria (síndrome de envejecimiento prematuro), se puede extrapolar la importancia de la herencia en el proceso de envejecimiento.

Entre ellas se encuentran las siguientes:

- **Teoría del marcapasos:** los sistemas inmune y neuroendocrino serían "marcadores" intrínsecos del envejecimiento. Su involución estaría genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. El Timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres. "Reloj del envejecimiento".
- **Teoría genética:** es claro que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados.

Existen patrones de longevidad específicos para cada especie animal. Existe mucha mejor correlación en la supervivencia entre gemelos monocigotos, que entre hermanos. La supervivencia de los padres se correlaciona bien con la de sus hijos.

La relación peso cerebral/ peso corporal x metabolismo basal x temperatura corporal, mantiene una relación lineal con la longevidad en los vertebrados.

En los dos síndromes de envejecimiento prematuro, en los cuales los niños mueren de enfermedades relacionadas al envejecimiento, hay una alteración genética autonómica hereditaria.

A nivel celular es conocido el fenómeno de la APOPTOSIS, o muerte celular programada.

En el hombre, células de piel obtenidas de recién nacidos se pueden dividir 60 veces, células de adultos viejos se dividen 45 veces, y las células de sujetos con Síndrome de Werner se dividen 30 veces solamente. Hasta la fecha se conocen 4 grupos de genes en los cromosomas 1 y 4, que dan información sobre cese de la división celular (genes inhibidores).

Se sabe también que existen oncogenes estimuladores del crecimiento, los cuales al activarse determinan división celular infinita, lo que resulta en una célula inmortal (cancerosa).

En conclusión, existe fuerte evidencia de un control genético del proceso de envejecimiento, tanto a nivel celular como del organismo en su totalidad.

Faltan más estudios que analicen la correlación entre este control genético.

A nivel celular es conocido el fenómeno de la APOPTOSIS, o muerte celular programada.

En el hombre, células de piel obtenidas de recién nacidos se pueden dividir 60 veces, células de adultos viejos se dividen 45 veces, y las células de sujetos con Síndrome de Werner se dividen 30 veces solamente. Hasta la fecha se conocen 4 grupos de genes en los cromosomas 1 y 4, que dan información sobre cese de la división celular (genes inhibidores).

Se sabe también que existen oncogenes estimuladores del crecimiento, los cuales al activarse determinan división celular infinita, lo que resulta en una célula inmortal (cancerosa).

En conclusión, existe fuerte evidencia de un control genético del proceso de envejecimiento, tanto a nivel celular como del organismo en su totalidad.

Faltan más estudios que analicen la correlación entre este control genético y los factores ambientales.

En la **Figura 6**, se muestran en síntesis las principales teorías sobre el envejecimiento.

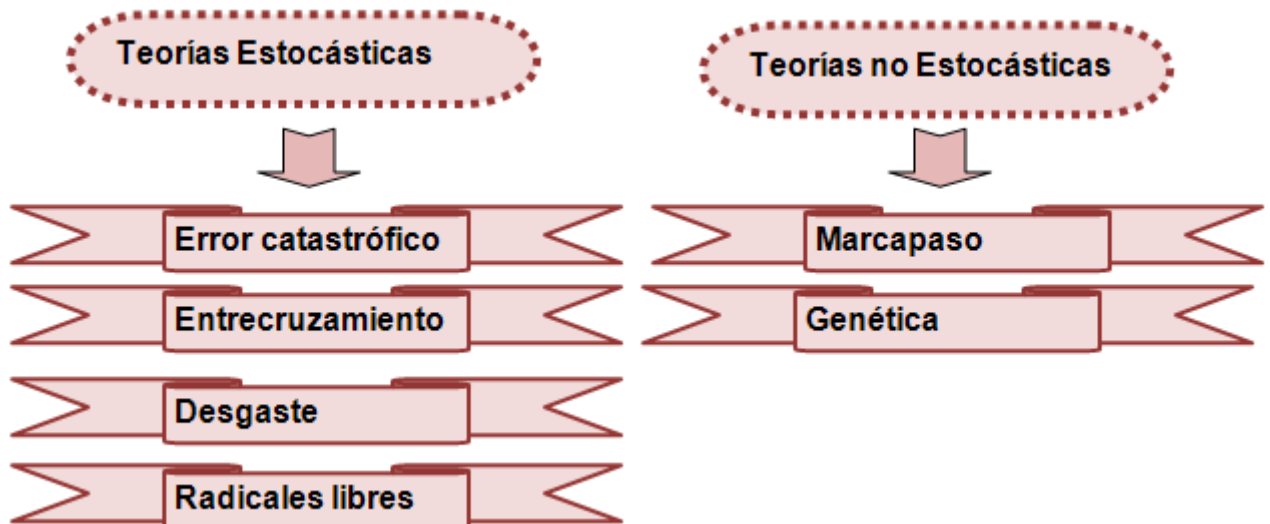


Figura 6. Síntesis de las principales teorías sobre el envejecimiento

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

ACTIVIDAD ESCOLARIZADA

- REVISIÓN DE LAS PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN
- REVISION DE ENSAYO
- REVISION DE INVESTIGACIÓN
- REVISION DE CUADROS SINÓPTICOS
- PRESENTACION DE TRABAJO INDIVIDUAL

ACTIVIDAD NO ESCOLARIZADA

- RESOLVER LAS PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN
- REDACTAR UN ENSAYO SOBRE LAS TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO
- ELABORAR UN CUADRO SINÓPTICO DE LAS TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO
- INVESTIGAR LOS IMPACTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN LA POBLACIÓN

AUTOEVALUACIÓN

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Cuáles son las perspectivas de los cambios propios del proceso de envejecimiento?

2. Describe brevemente ¿Cuáles son los cambios biológicos del proceso de envejecimiento?

3. ¿Cuáles son los cambios psíquicos del proceso de envejecimiento?

4. ¿Cuáles son los cambios sociales del proceso de envejecimiento?

5. ¿Cuáles son los impactos generales en el hombre del envejecimiento?

6. ¿Qué contribuye a la sequedad bucal y a la pérdida de la sensación gustativa?

7. ¿A qué se debe que en el colon exista atrofia e insuficiencia funcional?

8. ¿A qué se le llama envejecimiento?

9. ¿Cuáles son las características del envejecimiento?

10. ¿Por qué se dice que el envejecimiento es irreversible?

11. ¿Qué dicen las teorías estocásticas sobre el envejecimiento?

12. Menciona las teorías estocásticas

13. ¿A qué se refiere la teoría del desgaste?

14. ¿Qué propone la Teoría del error catastrófico?

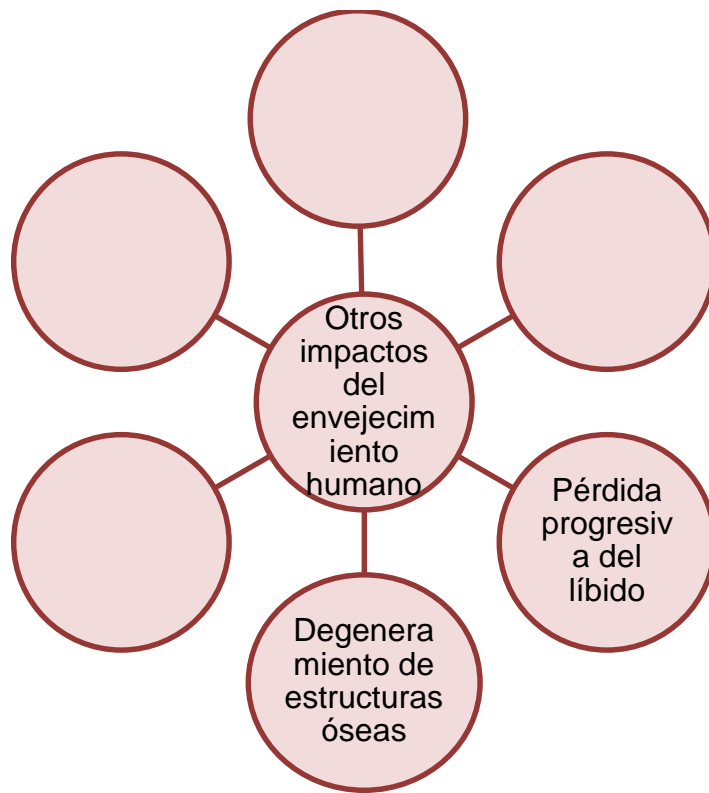
15. ¿Qué propone la teoría del entrecruzamiento?

16. Menciona las teorías no estocásticas

II. ELIGE LA RESPUESTA COLOCANDO SOBRE LA LINEA LA LETRA QUE CONSIDERES QUE LE CORRESPONDE:

_____ Consideran al envejecimiento como consecuencia de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo. Entre ellas se encuentran las siguientes:	a) Teoría del marcapasos
_____ Cambios de rol individual, en la comunidad y laboral son...	b) Teoría del desgaste
_____ Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad.	c) Psíquicos
_____ Existe una pérdida del reflejo tusígeno eficaz, esto contribuye a la propensión a la neumonía, también existe una disminución a la inmunidad humoral y celular que facilitan la infección.	d) Teorías estocásticas
_____ Esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo.	e) Impactos del envejecimiento humano
_____ Los sistemas inmune y neuroendocrino serían "marcadores" intrínsecos del envejecimiento.	f) Sociales
_____ Envejecimiento de las Capacidades Intelectuales, carácter y personalidad son cambios....	g) Teoría del entrecruzamiento
_____ Esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría daño en la función celular.	h) Envejecimiento de las uñas
_____ Esta es una de las teorías más populares. Propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres.	i) Teorías no estocásticas
_____ Reducción de la flexibilidad de los tejidos, pérdida de algunas células nerviosas, endurecimiento de los vasos sanguíneos y disminución general del tono corporal, son.....	j) Teoría del error catastrófico
_____ El crecimiento continúa, suelen ser más duras, espesas y más difíciles de cortar. Pueden aparecer estrías por alteración de la matriz ungueal.	k) Teoría de los radicales libres
_____ Consideran que el envejecimiento está predeterminado. Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma.	l) Envejecimiento del sistema respiratorio

III. COMPLETA EL ESQUEMA ESCRIBIENDO EN LOS CÍRCULOS VACÍOS.



UNIDAD III. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA

PROPÓSITO:

Distingue las funciones y actividades de enfermería que le permitan proporcionar atención a los pacientes geriátricos dentro de su ámbito de trabajo.

LECTURAS:

- García López María Victoria, Rodríguez Ponce Catalina y Toronjo Gómez Ángela María, Enfermería Geriátrica. Lexus. 2019. Primera edición
- ELIOPOULOS. Charlotte. Enfermería geriátrica y gerontológica. Lippincott. 2019. Novena edición
- <http://web.usal.es/~acardoso/temas/funciones.html>

El cuidado de las personas mayores que antaño era obligación familiar, en el presente ha pasado a ser competencia de muy distintos estamentos sociales. Esto es así, por los cambios que se han producido en los núcleos familiares, cada vez más dispersos y por los cambios en el ámbito laboral, que nos exigen más tiempo y dedicación. Por otra parte los ancianos, hoy más longevos, representan ya un importante núcleo de población con necesidades peculiares y específicas, que la sociedad moderna debe ir atendiendo.

Desde el punto de vista sanitario también han quedado atrás hospicios y psiquiátricos; las residencias de mayores y los hospitales geriátricos entre otros, son los que forman ya parte significativa de nuestro entorno social. En esta evolución y en estos cambios se van involucrando tanto medios físicos como personal sanitario y como no podría ser de otro modo, hoy se puede hablar de **Enfermería Geriátrica y/o Gerontológica** para denominar a los profesionales de enfermería que dentro de un equipo multidisciplinar se encarga de la asistencia global e integral de los ancianos.

El panorama sanitario ha dejado de ser sólo asistencial y hoy abarca también otros aspectos como el de la prevención, promoción, rehabilitación y educación.

3.1. FUNCIONES DE ENFERMERÍA

3.1.1. Función asistencial

Consiste en ayudar al anciano sano o enfermo a conservar o recuperar la salud para que pueda llevar a cabo las tareas que le permitan el mayor grado de independencia posible. Para conseguirlo enfermería abordará de forma sistemática las etapas siguientes:

- . Estudiar la situación salud-enfermedad del anciano y recopilar información.
- . Analizar e interpretar datos.
- . Emitir un juicio/diagnóstico de enfermería.
- . Planificar los cuidados priorizando según las necesidades.
- . Evaluar los resultados.
- . Vigilar el estado de salud de forma periódica.

3.1.2. Función social

La estadística sanitaria nos indica que nuestra sociedad va envejeciendo y sin embargo los recursos sociales siguen gestionados por la población activa. La función social de enfermería hay que entenderla como **enlace** entre los ancianos y el resto de la población. Por su proximidad al anciano enfermería puede:

- . Informar sobre la realidad social del anciano (deficiencias, abandonos, malos tratos).

- . Identificar los problemas sociales y culturales relacionados con la salud (económicos, vivienda, transporte, etc).
- . Conocer las políticas, asociaciones, iniciativas no gubernamentales que favorezcan a la población anciana.
- . Orientar sobre las ayudas y los recursos sociales.
- . Participar en órganos de decisión para crear alternativas que consigan mayor equidad.

3.1.3. Función gestora-administrativa

Los recursos tanto humanos como físicos son siempre limitados, luego es importante cuidarlos, aprovecharlos y sacar el mayor rendimiento de ellos. Enfermería también tiene su función gestora:

- . Organizar el trabajo.
- . Velar por la calidad asistencial.
- . Garantizar la continuidad en la asistencia al anciano.
- . Ayudar a definir protocolos.
- . Racionalizar y contener los costes.
- . Impulsar reformas.
- . Definir normas de calidad.
- . Cooperar en los sistemas de evaluación y autoevaluación.

3.1.4. Función docente

El saber, los conocimientos, la práctica y las habilidades, es algo que se debe transmitir para avanzar y mejorar la calidad asistencial. En este sentido la función docente de enfermería tiene dos campos de acción:

- a) los compañeros noveles que comienzan su andadura en la práctica de su carrera profesional. A ellos debe motivarlos, estimularlos y facilitarles el aprendizaje.
- b) la población anciana (individual o en grupo) teniendo en cuenta sus valores culturales, niveles de conocimiento y formación para desde ese conocimiento promover estilos de vida, desarrollar programas de salud y facilitar cambios de aptitudes.

3.1.5. Función investigadora-formativa

Asistimos con admiración a los cambios que se van produciendo a nuestro alrededor y el asombro es mayor si nos fijamos concretamente en la evolución y los cambios médicos-sanitarios. Enfermería no puede quedarse atrás, los descubrimientos y novedades que se van produciendo, nos obligan a una puesta a punto continua y esto requiere conocimientos en:

- . Metodología de investigación.
- . Bioestadística.
- . Epidemiología.
- . Lenguas modernas.
- . Tecnología de la información.

Hay que ser reflexivo y estar abierto a la innovación, ya que de esta forma se podrán aportar nuevas ideas y facilitar cambios profesionales que mejoren los cuidados de enfermería.

3.2. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES

Los distintos ámbitos en los que la población anciana permanecerá de forma permanente o provisional a lo largo de su senectud son el domicilio familiar, las residencias de ancianos, los hospitales de día, los hospitales generales y/o geriátricos, etc. Pero la gran mayoría de los ancianos, en cuanto a necesidades sanitarias, van a depender de los equipos de atención primaria. El primer contacto de enfermería con los ancianos será a través de los centros de salud y por tanto las actividades que enfermería desarrolla en este nivel asistencial serán de gran trascendencia.

3.2.1. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

El abandono y aislamiento de los mayores ha provocado que éstos demanden, en muchas ocasiones, asistencia sanitaria injustificada en los centros de salud y también que acudan a los servicios de urgencias hospitalarias de forma indiscriminada por falta de conocimiento o miedo.

Las actividades de enfermería en Atención Primaria irán encaminadas a satisfacer las necesidades del anciano para evitar un mal uso de los distintos niveles asistenciales, conseguir una menor dependencia de los servicios sanitarios y mejorar la calidad asistencial.

1.- Valoración del estado de salud

El modelo de enfermería de *Virginia Henderson* (que es el más utilizado en nuestro país) propone que el ser humano forma un todo bio-psico-social y que independencia es igual a salud. Al anciano como a todo ser humano le atribuye catorce necesidades fundamentales (tabla 1).

Tabla 1: Modelo de Enfermería de Virginia Henderson
Necesidad de respirar normalmente
Necesidad de beber y comer adecuadamente
Necesidad de eliminar por todas las vías corporales
Necesidad de moverse y mantener una buena alineación corporal
Necesidad de dormir y descansar
Necesidad de usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse
Necesidad de mantener una temperatura corporal dentro de los límites normales
Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
Necesidad de evitar los peligros ambientales
Necesidad de comunicarse con los demás y expresar su sexualidad y sus emociones
Necesidad de vivir con sus propias creencias y valores
Necesidad de estar ocupado
Necesidad de participar en actividades recreativas para realizarse
Necesidad de aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad

Enfermería realizará la valoración del estado de salud describiendo las manifestaciones de dependencia e independencia del anciano ante cada una de las necesidades fundamentales.

NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

- . Frecuencia respiratoria (persona mayor: 15-25 resp/min).
- . Ritmo respiratorio regular/irregular.
- . Amplitud respiratoria: respiración costal, diafragmática, profunda o superficial.
- . Tipo de respiración: eupneica, Biot, Kussmaul, Cheyne Stockes, hipo.
- . Existencia de ortopnea, disnea, etc.
- . Ruidos respiratorios (roncus, sibilancias, estertores).
- . Respiración libre, obstrucción, mucosidad.
- . Color rosado de la piel, mucosas y faneras.

. La capacidad para toser y expectorar, y mantener libres las vías respiratorias.

NECESIDAD DE BEBER y COMER ADECUADAMENTE

. Hábitos y problemas sobre la alimentación del anciano

. Condiciones de la boca: dientes blancos, alineados y en número suficiente; prótesis dentales en buen estado y ajustada;

-Mucosa bucal rosa y húmeda; lengua rosada; encías rosadas y adheridas a los dientes.

. Masticación lenta.

. Reflejo de deglución.

. Digestión lenta (4 horas).

. Hábitos alimentarios: 5 comidas al día; 30-45 min/comida; apetito, hambre, saciedad; ingesta de líquidos: 1.000-1.500 cc.; cualitativamente equilibrada; elección de alimentos preferidos.

. Realizar dietas según gustos y necesidades del anciano: basales, hipocalóricas, hiposódicas, trituradas, astringentes, dietas para situaciones concretas (insuficiencia renal, hepatópatas, hipolipemiantes) etc,

. Talla y peso.

. Problemas digestivos: náuseas, vómitos, indigestiones, retortijones, gases, diarreas estreñimiento, etc.

. Medicación oral (complejos vitamínicos, antiácidos, antieméticos...).

NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

. Hábitos sobre la eliminación: horario, frecuencia y costumbres.

. Orina: color ámbar, olor; cantidad entre 1.200-1.400 ml./día, frecuencia entre 6 y 8 veces/día, dificultad, retenciones, incontinencias, sondajes, pañales, medicación (diuréticos, antisépticos urinarios, etc.).

. Heces: tipo, coloración, olor, consistencia, frecuencia 1 vez/1-2 días.

. Problemas: diarreas, estreñimiento, melenas.

. Medicación (laxantes, antidiarreicos, etc.).

. Sudor: cantidad mínima, olor variable.

. Aire espirado: evaporación de agua a través de la espiración.

NECESIDAD DE MOVERSE y MANTENER UNA BUENA ALINEACIÓN CORPORAL

. Hábitos relativos a la actividad cotidiana, ejercicio, postura.

. Tensión arterial: 140-150 a 60-80 mm Hg, cifras, regulación, mantenimiento.

. Pulsaciones: 70-75 latidos/min. Frecuencia cardíaca: cifras, características.

. Movimientos: levantarse, caminar, inclinarse, sentarse, acostarse, correr, agacharse, arrodillarse, levantar pesos, estirarse, alcanzar y coger objetos.

. Actividades físicas: tipo de ejercicio, intensidad, duración...

. Capacidad para subir escaleras, capacidad para levantarse de una silla o del WC.

. Contracturas, movimientos dolorosos, parálisis espasmos amputaciones, problemas podológicos, medicación (analgésicos, relajantes, etc).

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

. Hábitos de sueños: horas (6-8 horas de sueño diario, reparador), horarios, número de despertares y/ levantamientos nocturnos, influencia del medio, etc.

. Problemas: insomnio, somnolencia diurna, medicación (ansiolítico, hipnóticos, antidepresivos, etc.).

NECESIDAD DE USAR ROPAS ADECUADAS, VESTIRSE y DESVESTIRSE

- . Elección personal del vestido adecuada a las circunstancias.
- . Tipo de ropa (apropiada a las funciones fisiológicas).
- . Calidad de la ropa (apropiada al clima).
- . Limpieza de la ropa.
- . Capacidades físicas para vestirse y desvestirse.

NECESIDAD DE MANTENER UNA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

- . Temperatura corporal: 35-37 °C.
- . Piel: coloración rosada y temperatura tibia; transpiración mínima.
- . Sensación de bienestar frente al calor y al frío.
- . Temperatura ambiental: 18-25 °C.
- . Circunstancias que influyen en la temperatura corporal: ejercicio, aporte calórico nutricional, vestido, higiene, fiebre, alcoholismo, estufas, braseros...

NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

- . Hábitos higiénicos del anciano, horario, costumbres, frecuencia y duración.
 - . Cabellos: longitud, aspecto, limpieza.
 - . Boca: limpieza, aliento, humedad; dientes: prótesis, coloración, limpieza.
 - . Orejas y nariz: limpieza, humedad.
 - . Piel: limpieza, turgencia, suavidad, flexibilidad, coloración, humedad, olor.
 - . Ojos: limpieza, prótesis.
 - . Uñas: longitud, limpieza, coloración, frecuencia, método, habilidad para el corte.
 - . Hábitos de aseo: frecuencia, adecuación, infraestructura.
 - . Protección solar, cremas y aceites, jabones.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES

- . Hábitos del anciano para mantener un entorno seguro.
 - . Seguridad física: prevención de accidentes domésticos, enfermedades (chequeos), infecciones (vacunaciones) y agresiones del medio.
 - . Seguridad psicológica: reposo, relajación y control de las emociones, orientación temporo-espacial.
 - . Salubridad ambiental, calidad y humedad del aire, temperatura ambiente.

NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS Y EXPRESAR SU SEXUALIDAD Y SUS EMOCIONES

- . Hábitos del anciano de su situación de sexualidad: pareja, capacidad de relación, inhibiciones, etc.
 - . Factores biológicos: funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos.
 - . Factores psicológicos: facilidad de expresión de las necesidades, ideas, opiniones; emociones, sexualidad.
 - . Factores sociológicos: pertenencia a grupos, relaciones armónicas en la familia, trabajo y ocio.

NECESIDAD DE VIVIR CON SUS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES

- . Hábitos en cuanto a la expresión de sus creencias y determinar sus acciones según sus valores.
- . Asistencia a ceremonias de culto, uso de objetos religiosos, observación de reglas religiosas, lecturas religiosas, pertenencia a grupos religiosos, participación en obras, humanitarias, etc.
- . Sentido de su vida, actitud ante la muerte.

NECESIDAD DE ESTAR OCUPADO

- . Actividades recreativas, lúdicas que permitan mantener su autoestima.
 - . De orden biológico: funciones biológicas óptimas.
 - . De orden psicológico: manifestación de alegría, correcta autocrítica, autoestima y autoimagen.
 - . De orden sociológico: roles sociales, ocio.

NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS PARA REALIZARSE

- . Gustos y aficiones del anciano.
 - . Tipo de actividades: deportes, lectura, bricolaje, etc.
 - . Tiempo dedicado al ocio: paseos, viajes, etc.

NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR Y SATISFACER LA CURIOSIDAD

- . Deseo, interés e inquietudes del anciano por aprender, teniendo en cuenta sus limitaciones.
- . Métodos de aprendizaje: lectura, TV, radio, cursos.
- . Adquisición de habilidades para el mantenimiento de su salud, conocimiento de su estado de salud, fuentes de aprendizaje sanitario (médicos, enfermeras, revistas, libros...).

Lo expuesto hasta aquí corresponde a la **valoración biológica o física**, pero el ser humano forma un todo bio-psico-social, para completar la valoración del estado de salud del anciano hay que realizar una **valoración funcional** (capacidad de vivir de manera independiente), una **valoración mental** (evaluando la esfera cognitiva y afectiva del anciano) y por último una **valoración social** (relaciones sociales, recursos económicos, calidad de vida); para ello se utilizan índices o escalas fiables y validadas (tabla 2). Estas escalas facilitan la detección de problemas no captados durante la entrevista, la detección de cambios que ocurren durante la enfermedad, y también mejoran la comunicación entre los diferentes profesionales del equipo multidisciplinar.

Tabla 2. Escalas empleadas en la valoración de cada área

1.- Valoración de la capacidad Funcional

AVD básicas

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

AVD instrumentales

- Escala de Lawton y Brody

2.- Valoración de la capacidad Mental

Función cognitiva

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

Función afectiva:

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

3.- Valoración Social

- Escala de OARS
- Escala de Gijón

2.- Cuidados de enfermería.

Los cuidados de enfermería pueden prestarse en el centro de salud, (consulta de enfermería a demanda o programada) o en el domicilio del anciano (visita domiciliaria). La atención domiciliaria está enfocada principalmente para prestar cuidados a aquellos ancianos que no pueden acudir al centro de salud por padecer enfermedades graves o invalidantes, estar con tratamientos vitales, haber recibido el alta recientemente, padecer una enfermedad terminal, etc. Estos cuidados pueden ser demandados de forma espontánea por la población anciana o bien programados por enfermería.

a) Cuidados a demanda:

Se atienden los problemas que presenta la población anciana, pero además, podrán detectarse riesgos o enfermedades no advertidos por el anciano.

Estos cuidados comprenden:

- Administración de medicación oral, intramuscular, intravenosa o subcutánea.
- Curas de heridas posquirúrgicas, úlceras por presión o varicosas.
- Vendajes e inmovilizaciones.
- Suturas.
- Sondaje nasogástrico, alimentación enteral.
- Sondaje vesical, lavados vesicales.
- Toma de muestras sanguíneas para laboratorio.
- Extracción de tapones de cerumen.
- Realización de pruebas diagnósticas: electrocardiogramas, mantoux, tiras reactivas de orina, glucemias,

etc.

b) Cuidados programados:

Tienen como objetivo conseguir el adecuado control de enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes, obesidad, dislipidemias, EPOC, etc.

Estos cuidados engloban:

-Toma de constantes: frecuencia cardiaca y pulso, frecuencia respiratoria, tensión arterial, peso, temperatura.

-Control de la medicación, evitar polifarmacia y automedicación, valorar la aparición de reacciones adversas y efectos secundarios, explicar el plan terapéutico de manera sencilla con folletos gráficos, comprobar que se realiza correctamente su administración, asegurarse que el anciano la entiende.

-Recordar medidas higiénico dietéticas.

-Estimular al autocuidado.

-Impartir educación sanitaria.

-Identificar problemas nuevos que surjan en el curso de la enfermedad.

En este apartado dentro de los cuidados de enfermería debemos hacer mención especial a la:

Vacunación que aporta grandes beneficios para la salud a la población anciana. Básicamente son tres las vacunas a administrar: vacuna antigripal, vacuna antineumocócica, vacuna antitetánica.

Rehabilitación y la reintegración del anciano en su medio habitual y en el mejor estado de salud, disminuyendo el grado de dependencia y contribuyendo a aumentar la autoestima. Para ello hay que controlar la enfermedad, prevenir las enfermedades secundarias, recuperar la capacidad funcional, aprovechar las capacidades funcionales residuales mediante adaptaciones y adiestramientos del anciano y la modificar el medio para ajustarlo a sus facultades.

3.- Educación para la salud

El objetivo que se persigue con la educación sanitaria es aumentar los conocimientos sanitarios tanto de la población anciana como de su familia y la comunidad, para corregir conductas que influyan negativamente sobre la salud del anciano.

Todos los miembros del equipo de atención primaria estarán implicados en esta tarea, sin embargo es enfermería quien asume la mayor parte de la responsabilidad. Para abordar esta actividad previamente deben conocerse el nivel socio cultural y las necesidades de los ancianos, adaptando y desarrollando distintas estrategias de educación según los receptores a quienes van dirigidas. Además tendrá en cuenta algunos aspectos peculiares sobre la fisiología del envejecimiento que condicionan el aprendizaje de los ancianos:

- . Alteraciones sensoriales visuales, auditivas,
- . Patologías orgánicas: insuficiencia vascular cerebral,
- . Menor capacidad de aprendizaje y memoria de fijación,
- . Costumbres y hábitos arraigados difíciles de modificar.

Los **métodos** para realizar educación sanitaria pueden ser:

- . *Individualizados* a través del diálogo interpersonal, o
- . *En grupo*: charlas, coloquios, conferencias, mesas redondas, etc.

Los **medios** utilizados son:

- . *Expresión verbal*,
- . *Expresión escrita*,
- . *Demostraciones prácticas*,

Los **contenidos** pueden ser innumerables aquí sólo citaremos algunos de los más representativos:

.- Patologías crónicas: EPOC, diabetes, obesidad, hipertensión, osteoporosis, etc.

- Reconocer signos y síntomas.
- Manejo de la medicación.

.- Cáncer:

- Factores de riesgo.
- Signos de alarma.

.- Alimentación y nutrición

- Requerimientos calóricos.
- Proporción adecuada de los distintos alimentos.
- Aporte hídrico.
- Preparación y conservación de los alimentos.

.- Higiene corporal

- Cuidado de la piel, cabello, genitales, etc.
- Cuidado buco dental.
- Aseo general (baño, ducha).
- Vestido y calzado apropiado.

.- Higiene mental

.- Higiene del medio

- Prevención de accidentes domésticos: caídas, quemaduras, etc.
- Rechazo-marginación familiar y social.
- Información sobre los recursos sociales, culturales, recreativos, sanitarios y forma de acceder a ellos.

.- Ejercicio físico

.- Hábitos tóxicos:

- Tabaquismo, alcoholismo.
- Automedicación y polifarmacia.

3.2.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

El objetivo de llegar a un cuidado progresivo del paciente anciano desde la fase aguda de la enfermedad hasta conseguir el mayor grado de independencia hace que la atención hospitalaria esté en continuo cambio y renovación y que vayan surgiendo nuevas modalidades de asistencia sanitaria.

Básicamente son cuatro las modalidades de hospitalización:

- Hospital general.
- Hospital geriátrico.
- Hospital de día geriátrico.
- Hospitalización domiciliaria.

Las actividades de enfermería se han adaptado a cada una de estas modalidades según han ido surgiendo.

A) HOSPITAL GENERAL Y HOSPITAL GERIÁTRICO

En España en la actualidad son pocos los hospitales especializados en atención geriátrica, en la mayoría de las veces los servicios de geriatría o las unidades geriátricas están integradas en los hospitales generales. Tanto en un caso como en el otro, las actividades de enfermería son las siguientes:

Actividades de enfermería en los Hospitales:

- Recibir y acompañar al anciano y familiares.
- Enseñarles las normas y el funcionamiento de los distintos servicios.
- Valoración inicial del paciente anciano elaborando la historia de enfermería basada en el modelo de Virginia Henderson y aplicando las escalas de valoración geriátrica.
- Aplicar cuidados de enfermería durante el ingreso del paciente. La tabla 3 muestra el protocolo de "Cuidados de Enfermería" en el Hospital
- Cumplir las prescripciones facultativas y supervisar las actividades del personal auxiliar de su unidad.
- Responsabilizarse de la organización de las salas y plantas y de los demás servicios generales para un adecuado funcionamiento del centro
- Procurar que se les proporcione a los ancianos ingresados un ambiente confortable, limpio y seguro.
- Custodiar las historias clínicas cuidando en todo momento la actualización y exactitud de los datos anotados en dichos documentos.
- Vigilar la conservación y el buen estado del material e instrumental sanitario.
- Registrar y poner en conocimiento de sus superiores cualquier incidencia, anomalía, deficiencia que observe dentro del servicio encomendado.
- Elaborar registros e informes de enfermería.
- Realizar campañas preventivas o colaborar con ellas, así como hacer educación para la salud siempre que sea posible.
- Contactar con otras instituciones y servicios.
- Colaborar con el trabajador social.
- Preparar el alta hospitalaria.

Tabla 3: Programación Cuidados de Enfermería.

ACTIVIDADES		Fecha.../...	Fecha.../...
RESPIRAR	Aspirar secreciones		
	Oxigenoterapia		
	Fisioterapia respiratoria		
ALIMENTACIÓN	Dieta		
	Ayuno/Motivo		
	Suplemento nutrición		
	Control ingesta		
	Líquidos		
	Cuidados sonda nasogástrica		
ELIMINACIÓN	Control diuresis		
	Control deposiciones		
	Control vómitos		
	Balance		
	Enema/Irrigación		
	Cuidados sonda vesical		
HIGIENE	Higiene en cama		
	Higiene bucal		
	Lavado perineal		
	Higiene ocular		
	Protección zonas de apoyo		
	Curas		
VÍAS VENOSAS	Tipo de catéter		
	Cambio de apósito		
	Heparinización		
CONTROLES	Temperatura		
	Tensión arterial y frecuencia cardiaca		
	Frecuencia respiratoria		
	Presión venosa central		
	Glucemias		
	Electrocardiograma		
	Peso		
	Analítica		
MOVILIZACIONES	Levantar. Cambios posturales		
	Reposo absoluto		
	Ayuda deambulación		
AUTOCUIDADOS	Automedicación		
	Higiene		

B) HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

Los Hospitales de Día Geriátricos son centros de funcionamiento diurnos, cuya finalidad es garantizar la estabilidad clínica de los ancianos y aplicar tratamiento rehabilitador dirigido a la recuperación de las actividades de la vida diaria.

Son servicios asistenciales **punte** entre los hospitales y el domicilio del anciano.

El tipo de paciente subsidiario de esta modalidad de hospitalización son ancianos con patologías neurológicas (Parkinson, Alzheimer), accidentes cerebrovasculares, fracturas óseas, reumatismos, etc.

Actividades de enfermería en el Hospital de Día Geriátrico:

- Valoración integral del paciente.
 - Cuidados de la higiene corporal y alimentación.
 - Control de fármacos y pautas terapéuticas.
 - Realizar pruebas diagnósticas: ECG, extracción sanguínea, etc.
 - Control y cuidado de las heridas quirúrgicas y ulceraciones.
 - Rehabilitación y tratamiento en incontinencias.
 - Colaborar con terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.
 - Educación sanitaria a pacientes y familiares.

C) HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Esta modalidad de hospitalización tiene como objetivo garantizar la continuidad de la asistencia mediante la **coordinación Hospital-Atención Primaria-Servicios Sociales**. Se benefician de ella principalmente pacientes frágiles o de riesgo clínico, ancianos con alto grado de incapacidad y enfermos terminales. Facilitan el alta hospitalaria y evitan reingresos.

Actividades de enfermería en la Atención Hospitalaria Domiciliaria:

- Educación sanitaria que capacite al anciano y/o a la familia para asumir lo más precoz posible el *autocuidado* y lograr una mayor autonomía y una menor dependencia del personal sanitario.
 - Identificar signos y síntomas de riesgo.
 - Valorar las condiciones del domicilio: accesibilidad, seguridad y limpieza general , temperatura, iluminación, mobiliario, suelos, etc. En ocasiones habrá que adaptar el entorno a las necesidades sanitarias (especialmente si el paciente padece una lesión cerebral crónica como la enfermedad de Alzheimer).
 - Prestar apoyo psicológico al anciano y a la familia.
 - Comunicación con otras instituciones y servicios: asistentes sociales, servicios de ayuda a domicilio, etc.

Como corolario de lo expuesto diremos que una adecuada asistencia a las personas mayores se apoya sobre tres pilares básicos:

<p>Conocimientos adecuados del envejecimiento (cambios y necesidades del anciano, valoración geriátrica global, síndromes geriátricos, etc.).</p>
<p>Trabajo interdisciplinar (médicos, personal de enfermería, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc.).</p>
<p>Utilización correcta de los diferentes niveles asistenciales (centros de salud, hospital general, hospital de día, unidades geriátricas, etc.).</p>

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

ACTIVIDAD ESCOLARIZADA

- REVISIÓN DE LAS PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN
- REVISIÓN DE INVESTIGACIÓN
- REVISIÓN DE CUADROS SINÓPTICOS
- PRESENTACIÓN DE TRABAJO INDIVIDUAL

ACTIVIDAD NO ESCOLARIZADA

- RESOLVER LAS PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN
- INVESTIGAR LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO
- REALIZAR UN CUADRO SINÓPTICO CON LOS CUIDADOS PROGRAMADOS A UN PACIENTE GERIÁTRICO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ENFERMERÍA
- INVESTIGAR EL MODELO DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON PARA LOS PACIENTES GERIÁTRICOS
- INVESTIGAR LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO

AUTOEVALUACIÓN

I. CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Cuáles son las funciones de enfermería?

2. ¿En qué consiste la función asistencial de enfermería al paciente geriátrico?

3. ¿Cuáles son las etapas que realiza enfermería en su función asistencial?

4. ¿Cómo se entiende la función social de enfermería?

5. ¿En qué consiste la función gestora de enfermería?

6. ¿Cuáles son los campos de acción de la función docente de enfermería?

7. ¿Cuál es el modelo de enfermería más utilizado en nuestro país para la atención del paciente geriátrico?

8. Enumera las catorce necesidades fundamentales del modelo de Virginia Henderson para la atención del paciente geriátrico?

9. Describe la valoración del estado de salud con las manifestaciones de dependencia e independencia del anciano ante tres necesidades del modelo de Virginia Henderson.

10. ¿Qué comprenden los cuidados a demanda?

11. ¿Cuáles son los pilares básicos de una adecuada asistencia a las personas mayores?

II. ESCRIBA SOBRE LA LINEALA LETRA QUE LE CORRESPONDA:

_____ Consiste en ayudar al anciano sano o enfermo a conservar o recuperar la salud para que pueda llevar a cabo las tareas que le permitan el mayor grado de independencia posible.

_____ Hay que entenderla como **enlace** entre los ancianos y el resto de la población.

_____ Propone que el ser humano forma un todo bio-psico-social y que independencia es igual a salud.

_____ Se atienden los problemas que presenta la población anciana, pero además, podrán detectarse riesgos o enfermedades no advertidos por el anciano.

_____ Las modalidades de hospitalización son:

_____ Tienen como objetivo conseguir el adecuado control de enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes, obesidad, dislipidemias, EPOC, etc.

_____ Reintegración del anciano en su medio habitual y en el mejor estado de salud, disminuyendo el grado de dependencia y contribuyendo a aumenta la autoestima.

_____ Aumentar los conocimientos sanitarios tanto de la población anciana como de su familia y la comunidad, para corregir conductas que influyan negativamente sobre la salud del anciano.

_____ Los **métodos** para realizar educación sanitaria pueden ser:

_____ Son centros de funcionamiento diurnos, cuya finalidad es garantizar la estabilidad clínica de los ancianos y aplicar tratamiento rehabilitador dirigido a la recuperación de las actividades de la vida diaria.

_____ Los **medios** utilizados para realizar educación sanitaria son:

_____ Tiene como objetivo garantizar la continuidad de la asistencia mediante la **coordinación Hospital-Atención Primaria-Servicios Sociales**.

- a. Función gestora-administrativa
- b. Objetivo de la educación sanitaria
- c. Cuidados a demanda
- d. Función asistencial
- e. Hospital de día geriátrico
- f. *Individualizados y en grupo*
- g. Función social
- h. Hospitalización a domicilio
- i. Expresión, verbal, escrita y demostraciones prácticas
- j. Cuidados programados
- k. Hospital general., hospital geriátrico, hospital de día geriátrico y hospitalización domiciliaria
- l. *Virginia Henderson*
- m. *Rehabilitación*

GLOSARIO

Adulto. Hace referencia a un organismo con una edad tal que ha alcanzado la capacidad de reproducirse.

Alopecia. Caída anormal del cabello. Puede producirse en zonas aisladas, formando "calvas" de tamaño variable rodeadas de cabello normal, ser difusa y dar la sensación de cabello ralo, o ser generalizada, afectando todo el cuero cabelludo.

Anciano. Se utiliza para referirse a aquella persona que se encuentra dentro de los parámetros de lo que se llama tercera edad o población de personas mayores.

Androgénica. (Del griego *anér*, andrós, hombre, y *gennán*, engendrar). Relacionado con las hormonas masculinizantes.

Apoptosis. La apoptosis o muerte celular programada es el proceso ordenado por el que la célula muere ante estímulos extra o intracelulares.

Ateroesclerosis. Es un síndrome caracterizado por el depósito e infiltración de sustancias lipídicas en las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre.

Atrofia. Disminución en el desarrollo, volumen y actividad de los músculos y tejidos de un órgano.

Bagaje. Conjunto de conocimientos de una persona.

Cerumen. m. Sustancia serosa producida por las glándulas ceruminosas que se encuentran en el conducto auditivo externo. Su función es la de proteger y humidificar todo el conducto auditivo externo.

Colágeno. Molécula proteica principal constituyente del tejido conjuntivo y de la sustancia orgánica de los huesos y cartílagos. Por acción del calor se convierte en gelatina.

Crepitación. Sonido similar al que se obtiene al apretar nieve que puede obtenerse por palpación al comprimir con los dedos la piel en los casos de gangrena gaseosa y en la enfisema subcutáneo.

Cuidados a demanda. Se atienden los problemas que presenta la población anciana, pero además, podrán detectarse riesgos o enfermedades no advertidos por el anciano.

Cuidados programados. Tienen como objetivo conseguir el adecuado control de enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes, obesidad, dislipidemias, EPOC, etc.

Deformidad. Alteración de la forma de un órgano o de una parte del mismo como consecuencia de lesiones tróficas, traumatismos o vicios funcionales cuando el individuo está en fase del desarrollo.

Degeneración. Alteración de los tejidos u órganos con pérdida de caracteres estructurales y funcionales.

Deletéreo. Que produce daño, mortífero, tóxico.

Demografía. (Del griego *δήμος* *dēmos* 'pueblo' y *γραφία* *grafía* 'trazo, descripción' –estudio de la población–) es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales.

Distensibilidad. Propiedad que permite la distensión o el alargamiento de una estructura. Es tanto mayor cuanto mayor proporción de fibras reticulares elásticas posee y tanto menor cuanto mayor es la proporción de fibras colágenas.

Elastina. Junto al colágeno, es otra de las proteínas más importantes del organismo. Sustancia natural que posee la dermis -capa media de la piel- y que es responsable de la elasticidad cutánea.

Enfermería geriátrica. Designa los cuidados especializados a los ancianos.

Enfermería gerontológica. Es una especialidad que se ocupa de la valoración de las necesidades de las personas ancianas, de la planificación y la administración de los cuidados para satisfacer sus necesidades, así como de la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y el mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento.

Envejecimiento. Las transformaciones físicas, metabólicas, mentales y funcionales que se producen a lo largo del tiempo, que comportan una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios del entorno, y una mayor dificultad para mantener estable el medio interno.

Estocástica. Modelo matemático en el que la ley de probabilidad que da la evolución de un sistema depende del tiempo.

Geriatría. La geriatría y la gerontología, son ciencias que se encargan del estudio del envejecimiento.

Gerontología. Es la ciencia que se ocupa del estudio de la vejez y todos aquellos fenómenos que la caracterizan.

Glicosilación. Es el proceso de adición de carbohidratos a una proteína.

Heterogéneo. Se dice de lo que está compuesto por cosas o partes diferentes.

Hipercapnia. (Del griego hyper, por encima, más allá y kapnos, vapor). Aumento del dióxido de carbono (CO₂) disuelto en el plasma sanguíneo (en donde existe particularmente bajo la forma de ácido carbónico); obedece a una disminución de la ventilación pulmonar.

Hipoxia. Se refiere a un reducido suministro de oxígeno al cerebro.

Hospital de día geriátrico. Son centros de funcionamiento diurnos, cuya finalidad es garantizar la estabilidad clínica de los ancianos y aplicar tratamiento rehabilitador dirigido a la recuperación de las actividades de la vida diaria.

Intrínseco. Que es propio o característico de una cosa por sí misma y no por causas exteriores.

Jóvenes. Se aplica a la persona que está en el periodo situado entre la adolescencia y la edad adulta

Libido. Es el impulso de la sexualidad lo que hace que la persona busque la satisfacción sexual. Según Freud, forma de la energía vital que dirige y origina las manifestaciones del instinto sexual

Oncogenes. Los oncogenes son las versiones mutadas de los protooncogenes. Los protooncogenes son genes involucrados directa o indirectamente en la proliferación celular que al alterarse, convirtiéndose en oncogenes, pueden provocar la transformación de una célula normal en célula cancerosa.

Opacificación. Proceso que genera un aumento de la densidad o capacidad de atenuación de los rayos X.

Paciente geriátrico. Es toda aquella persona con más de 65 años, el cual presenta polipatología además de problemas mentales o sociales y que cualquiera de las enfermedades que padece le puede llevar a la incapacidad y por tanto a la dependencia.

Peristaltismo. Es una serie de contracciones musculares organizadas que ocurren a todo lo largo del tubo digestivo y que también se observa en los órganos tubulares que conectan los riñones a la vejiga.

Polipatología. Diversos sistemas y funciones son los que participan en la enfermedad. Al igual que en la etiología, se puede distinguir uno principal y los demás subordinados. Es constante que los sistemas cognitivos y psíquicos se vean siempre afectados.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Modalidades de evaluación del curso			
Modalidad escolarizada		Modalidad no escolarizada	
Exposición de trabajos	5%	Elaboración resúmenes	20%
Entrega de autoevaluaciones, resúmenes y cuadros sinópticos	10%	Resolución de autoevaluaciones	20%
Presentación de investigaciones	5%	Elaboración de cuadros sinópticos	10%
Examen de tema	20%	Investigación de temas	10%

Procedimiento: la calificación final es el promedio de la evaluación de las actividades escolarizadas y no escolarizadas.
Criterios de acreditación: la calificación mínima es de 6.0 (Seis punto cero).